Nr. 12. 24. marca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. Jan OLBRYCHT, Kraków.
Dr. Stanisław ŚNIESZKO.

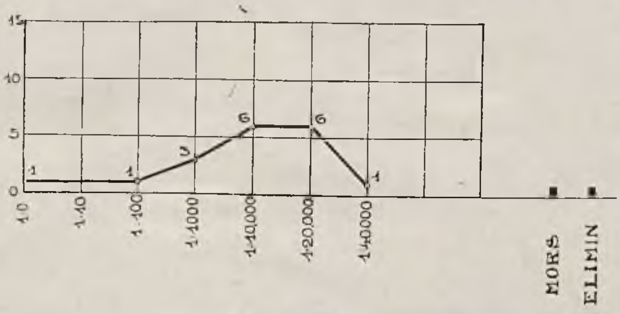
Z badań nad precypitynami.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Nowak.

(Ciąg dalszy).

III. Grupa badań.

obejmuje doświadczenia na 20 królikach (porówn. krzywą Nr. 4), które uodporniano rozmaitemi sposobami. Ponieważ trudno w tej grupie o zestawienie ogólnych wyników na tablicy, podajemy krótkie wyciągi z protokołów doświadczeń.



Krzywa Nr. 4.

Królik ♂, 2830 g, Nr. 1. W odstępach czasu, co 8—10 dni wykonano 4 wstrzyknięcia śródżylne, podając każdorazowo od 2.5 do 4.5 cm^3 surowicy ludzkiej. W 18 dni po ostatniem wstrzyknięciu mianowanie z wynikiem 1 : 20.000 (pierścień bardzo słaby). W 6 dni po mianowaniu wstrzyknięcie 2.2 cm^3 surowicy, a w 23 dni później miano jak poprzednio, lecz pierścienie jeszcze słabiej zaznaczone.

Królik, ♂, 2800 g, Nr. 2. Wykonano 3 wstrzyknięcia śródżylne surowicy ludzkiej, podając każdorazowo od 2.5 do 4.5 cm^3 surowicy w odstępach czasu co 8 do 10 dni. W 18 dni później miano 1 : 20.000 po 10 minutach.

Królik, ♀, Nr. 3. Wykonano 3 wstrzyknięcia śródżylne w odstępach tygodniowych, podając każdorazowo po 2.5 surowicy ludzkiej. W 18 dni po ostatniem wstrzyknięciu ani śladu precypityn.

Królik, ♀, 3000 g, na początku, a 5550 g przy końcu uodporniania, Nr. 4. Wykonano 3 wstrzyknięcia śródżylne dnia 1-ego, 16-ego i 27-ego, podając każdorazowo 3,25 i 4 cm^3 surowicy ludzkiej. W 10 dni później mianowanie z wynikiem 1 : 10.000 po 15 minutach.

Królik, ♀, 2770 g, Nr. 5. Otrzymał 3 wstrzyknięcia śródżylne 1-ego, 8-ego i 19-ego dnia po 1.5, 2 i 1.9 cm^3 surowicy ludzkiej. W 8 dni później miano 1 : 10.000 do 10 minut. W 15 dni po ostatniem wstrzyknięciu nowe wstrzyknięcie 1.2 cm^3 surowicy, zaś po 8 dniach miano 1 : 20.000, po 20 minutach. W 8 dni potem wstrzyknięcie jeszcze jedno w ilości 1.2 cm^3 surowicy ludzkiej, zaś w 10 dni później miano jej wynosiło 1 : 20.000 po 7 minutach.

Królik, ♀, Nr. 6. Wstrzyknięto śródżylnie dnia 1-ego 1.8 cm^3, dnia 6-ego 1.2 cm^3 i dnia 24-ego 1 cm^3 surowicy ludzkiej; w 8 dni później miano 1 : 10.000 po 5 minutach. Tego samego dnia wstrzyknięto 2.2 cm^3 surowicy, zaś miano w 9 dni później 1 : 5000 po 2 minutach. Wreszcie w 3 dni później wstrzyknięto jeszcze 2.2 cm^3 surowicy, a w 12 dni miano 1 : 5000 natychmiast, zaś 1 : 10.000 do 5 minut.

Królik, ♀, 1880 g, Nr. 7. Dnia 1-ego, 6-ego i 24-ego wstrzyknięto śródżylnie po 1.1 do 1.6 cm^3 surowicy ludzkiej. W 9 dni później okazało się, że królik nie wytwarza precypityn. Tego samego dnia podano jeszcze 1 cm^3 surowicy śródżylnie, a 3.5 cm^3 śródotrzewnowo. W dziewięć dni później miano 1 : 1000 (słabe straty). W 12 dni wstrzyknięto znowu 1.3 cm^3 surowicy, a mianowanie w 9 dni później wykazało utrzymanie się miana 1 : 1000.

Królik, ♂, 2070 g, Nr. 8. Wstrzyknięto śródżylnie dnia 1-ego, 8-ego i 15-ego po 2.3 cm^3 surowicy ludzkiej. W 9 dni później miano 1 : 1000 po 3 minutach. Tego samego dnia wstrzyknięto 2.1 cm^3 surowicy, a w 9 dni miano jej wynosiło 1 : 5000 po 5 minutach. W dwa dni później podano znowu 2.1 cm^3 surowicy i w 12 dni później stwierdzono miano 1 : 10.000 do 5 minut, zaś 1 : 20.000 ślad.

Królik, ♀, 1870 g, Nr. 9. Dnia 1-ego, 4-ego i 11-ego wstrzyknięto śródżylnie po 2 cm^3 surowicy ludzkiej. Mianowanie w 9 dni później nie wykazało precypityn. Tego samego dnia i w 8 dni później wstrzyknięto jeszcze dwa razy śródżylnie po 1.2 cm^3 surowicy, a w dwa tygodnie stwierdzono miano 1 : 1.000 po 5 minutach.

Królik, ♀, Nr. 10. Dnia 1-ego i 7-ego wstrzyknięto śródżylnie po 2 cm^3 surowicy ludzkiej. W 9 dni później miano 1 : 5.000 po 3 minutach. Tego dnia wstrzyknięto śródżylnie 2 cm^3 surowicy a badanie w 9 dni wykazało znów miano 1 : 5.000. 2 dni później wstrzyknięto 1.2 cm^3 surowicy i po 12 dniach osiągnięto miano 1 : 10.000 zaraz, zaś po trzech minutach 1 : 20.000.

Królik, ♀, 2010 g, Nr. 11. Dnia 1-ego, 10-ego i 33-ego wstrzyknięto śródżylnie po 1—2 cm^3 surowicy ludzkiej. W 9 dni później miano 1 : 1.000 (zaraz silne straty), zaś 1 : 20.000 po 5 minutach.

Królik, ♂, 2900 g, Nr. 12. Dnia 1-ego, 16-ego i 27-ego śródżylnie po 1.2—4 cm^3 surowicy ludzkiej. W 10 dni później miano 1 : 1.000 (zaraz silne straty), a 1 : 40.000 po 10 minutach.

Królik, ♂, trzebiony, 3250 g, Nr. 13. Wstrzyknięto 4 razy śródżylnie surowicę ludzką 1-ego, 15-ego, 26-ego i 36-ego dnia, w ilości 2—4 cm^3. W 12 dni później miano 1 : 1.000 wyraźne, a 1 : 10.000 słabo znaznaczone straty do dwóch minut.

Królik, ♂, 1750 g, Nr. 29. Wstrzykiwano trzy razy dożylnie, podając codziennie po 1 cm^3 surowicy końskiej. Po 6-ciu dniach przerwy wykonano 5 wstrzyknięć śródżylnych, codziennie po 1.5—4 cm^3 surowicy. W 10 dni po ostatniem wstrzyknięciu miano 1 : 10.000. Po trzech miesiącach przerwy 3 wstrzyknięcia śródżylne, w odstępach tygodniowych, po 1.5—2 cm^3 surowicy. W tydzień po ostatniem wstrzyknięciu miano 1 : 5.000 po minucie, a 1 : 15.000 po 10 minutach.

Królik, ♂, 1900 g, Nr. 31. Pięć wstrzyknięć śródżylnych, podając dnia 1-ego, 2-ego, 9-ego, 18-ego i 23-ego po 1 —2.5 cm^3 surowicy końskiej. Dnia 31-ego miano 1 : 15.000.

Królik, ♂ 2000 g, Nr. 32. Postępowanie takie same, jak u poprzedniego. Miano 1 : 10.000.

Królik, ♀, 2350 g, Nr. 196. Otrzymał 2 cm^3 surowicy ludzkiej śródżylnie, a w 24 godzin później znowu 5 cm^3 tejże surowicy. Przy mianowaniu w 7 dni później słabe straty w rozcieńczeniu 1 : 1.000 po 10 minutach.

Królik, ♀, 2170 g, Nr. 197. Postępowanie takie same jak u poprzedniego. Miano 1 : 100, po 5—10 minutach (słabe straty).

Królik, ♀, 2450 g, Nr. 198. Postępowanie takie same, jak u obu poprzednich. W kilka godzin po drugiem wstrzyknięciu królik padł.

Królik, ♀, 3400 g, Nr. 33. Podczas uodporniania poród, wobec czego królika nie uwzględniono.

Wysnucie wniosków z doświadczeń tej grupy jest trudne, ponieważ króliki są uodporniane tak różnemi sposobami, że grupa ta nie może być rozpatrywana jako całość, a także podział na podgrupy jest trudny, bo tylko wyjątkowo znajdują się dwa lub trzy króliki, uodpornione podobnemi dawkami surowicy i w podobnych odstępach czasu. W niektórych przypadkach otrzymano wyniki wcale dobre, atoli nie można być pewnym, czy te wyniki zależą od sposobu uodpornienia, czy też od indywidualności królika. Naogół jednak można zauważyć, że najlepsze stosunkowo surowice otrzymuje się wówczas, gdy uodpornianie trwa nie dłużej jak trzy tygodnie, a ilość wywoływacza, ani częstość jego podawania nie jest zbyt wielka. Przeciąganie uodporniania ponad cztery tygodnie nie przynosi korzyści, jeśli nie stosuje się dłuższej przerwy, poleconej przez Rayskyego i przez Ročeka. Przeciętne miano surowic, uzyskanych w tej grupie doświadczeń, wynosi 1 : 12.394, a więc jest najwyższe ze wszystkich dotychczas opisanych grup.

TABLICA I

L. p. królika	Waga królika	Płeć	Materjał do injekcyj	Ilość materjału do każdej injekcji	Sposób wykonania injekcji	Przerwy między injekcjami	Ilość injekcyj	Mianowanie	Badanie swoistości
122	2400 2630	♂	Ścięta surowica końska	0·02 gr w 2 cm³ 0·85% NaCl	Wśródżylnie	co drugi dzień		1:1.000 po 10' 1:50.000 po 1 godz.	z surowicą ludzką 1:100 pierścień.
123	2900 2780	♂	Ścięta surowica końska	"	Wśródżylnie	"		1:10.000 po 10' 1:50.000 po 1 godz.	swoista
124	2250 2350	♀	Ścięta surowica końska	"	Wśródżylnie	"		1:10.000 po 10' 1:20.000 po 30'	z surowicą ludzką nieswoista 1:1000
125	2550	♀	Ścięta surowica końska	"	Wśródżylnie	"		1:50.000 po 20' 1:80.000 po 1 godz.	swoista
126	2400 2600	♂	Ścięta surowica świńska	"	Wśródżylnie	"		1:20.000 do 20'	swoista
127	2050 2170	♂	Ścięta surowica świńska	"	Wśródżylnie	"		1:20.000 po 20'	swoista
128	2320 2350	♀	Ścięta surowica świńska	"	Wśródżylnie	"		1:10.000 po 15'	z surowicą baranią nieswoista 1:100

IV. Grupa badań

obejmuje doświadczenia celem sprawdzenia wyników F u j i w a r y, podającego nowy i niezwykły sposób wytwarzania wysokowartościowych surowic. Badacz ten wprowadza dwie zasadnicze nowości. Po pierwsze nie podaje surowicy w stanie zwykłym, lecz ścina ją przez gotowanie. Powtóre wprowadza dla uodpornienia bardzo małe ilości wywoływacza ale często, bo co drugi lub trzeci dzień. Po wykonaniu 5—10 wstrzyknięć śródżylnych — co zależy od ilości podanej surowicy ściętej — oznacza autor wartościowość surowicy. Wyniki F u j i w a r y mają być bardzo dobre, o czem zresztą można się przekonać z załączonych do jego pracy tablic. Na 10 jego królików jeden dał surowicę o mianie 1 : 100.000, siedem o mianie 1 : 50.000, jeden o mianie 1 : 20.000 i jeden o mianie 1 : 10.000. Wyniki byłyby bardzo dobre, gdyby nie to, że skłaczanie występuje wolno, bo po 1—2 godzinach, zaś czas mianowania przy sposobie pierścieniowym U h l e n h u t h a nie powinien przekraczać — jak wiadomo — 20 minut i w rozcieńczeniach 1 : 20.000 powinien się ukazać pierścień do 5 minut. Ale gdyby nawet uwzględnić występowanie pierścienia do 20 minut, a więc do czasu ostatecznego, to i tak byłyby znacznie niższe miana surowic w stosunku do tych, które podaje autor. Wtedy tylko jedna surowica mogłaby być uznaną za prawdziwie wysokowartościową (1 : 50.000), zaś inne miałyby miano 1 : 20.000 i 1 : 1.000. Jest zrozumiałe, że to odczytywanie do 20 minut stosuje się tylko w praktycznych badaniach sądowo-lekarskich, natomiast, jeśli się pracuje dla celów czysto teoretycznych, można odczytywać wyniki nawet po 24 godzinach. W naszych badaniach stosujemy stale oznaczanie miana według ogólnie przyjętego sposobu U h l e n h u t h a-B e u m e r a, więc chcąc porównywać wyniki nasze z wynikami F u j i w a r y należy przeprowadzić poprawkę w czasie i odczytywać wyniki tylko do 20 minut.

Powtarzając doświadczenia F u j i w a r y, stosowaliśmy się najdokładniej do jego przepisów. Uodpornialiśmy siedm królików 10-krotnie co drugi dzień do żyły usznej i to trzy z nich surowicą końską a cztery świńska. Podczas całego uodporniania króliki miały się dobrze, przybywały na wadze i ani razu nie zauważono najmniejszych objawów nadwrażliwościowych, co przemawia za tym sposobem uodpornienia. W siedm dni po ostatniem wstrzyknięciu wykonano próbne upusty krwi i mianowano surowice. Wyniki, odczytywane co kilka lub kilkanaście minut, są zestawione w tablicy I. Jak z niej widać, wyniki są wcale niezłe. Wartościowość surowic podana jest dwoma cyframi. Górna przedstawia wynik mianowania do 20 minut, zaś dolna do 1 godziny. Jeśli pomieszczona jest jedna tylko liczba, oznacza to, iż także po dłuższym przeciągu czasu nie nastąpiła żadna zmiana. Jako cechę precypityn, otrzymanych tą metodą należy podkreślić, że w rozcieńczeniach wywoływacza 1 : 10, a czasem także 1 : 100 następował wyraźny brak precypitacji. Przy rozcieńczeniu 1 : 1.000 ilość strątów była największa a precypitacja występuje mniej więcej po 5 minutach. W miarę dalszego rozcieńczania wywoływacza występuje bardzo nieznaczne zmniejszenie się ilości strątów. Nadto pierścienie, zgodnie ze spostrzeżeniem F u j i w a r y, są mniej wyraźne, występują znacznie wolniej i są bardzo delikatne. Zbierając wyniki doświadczeń z tej grupy uzgadniamy je w zupełności z autorem. Ł a g u n ą, M e i s s n e r o w ą, którzy również powtarzali doświadczenia F u j i w a r y.

Swoistość surowic, uzyskanych tą metodą jest zupełnie zadowalniająca. Nie wykonywaliśmy jednak precypitacji przy zastosowaniu gotowanego wywoływacza w odczynie, jak to czynili O b e r m a y e r, P i c k, B r u y o n o g h e, M e i s s n e r o w a, celem stwierdzenia, czy surowice te posiadają wyłączną swoistość względem białka gotowanego (t. zw. konstitutive Gruppierung). Według R o s e n b e r g a surowice, otrzymane przy pomocy gotowanego wywoływacza mają posiadać większą swoistość gatunkową nawet w stosunku do niegotowanego wywoływacza. Wyników tych jednak nie potwierdzają badania przeprowadzone przez M e i s s n e r o w ą.

C. d. n.

Dr. Jan JANKOWSKI, starszy asystent kliniki. Lwów.

Obraz kliniczny dychawicy oskrzelowej i jej leczenie.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu J. K.
Dyr. Prof. Dr. R R e n c k i.

(Ciąg dalszy).

Objawy ze strony skóry jak skłonność do wysypek, pokrzywek, obrzęków naczynio-ruchowych są wyrazem zmian ogólnych konstytucjonalnych — diatezy allergicznej Kaemmerera, czy skazy wysiękowej według Strümpla.

Chąc przekonać się, czy w mechaniźmie powstawanie napadu nie odgrywa pewnej roli też i drogą humoralną, czy napad nie powstaje z powodu pojawiania się we krwi pewnych jadów działających wprost na mięśnie gładkie oskrzeli, przeprowadziłem szereg badań biologicznych. Według metody D a l e'a umieszczałem skrawek mięśnia gładkiego z macicy dziewiczej świnki morskiej w 150 cm³ płynu odżywczego (Ringer-Locke) o stałej temperaturze 37°, stale nasyconego tlenem. Do płynu odżywczego dodawałem surowicy krwi

osobnika normalnego, osobnika chorego na dychawicę, pobranej z żyły w czasie wolnych od napadów — i w czasie napadu. Odpowiedni mechanizm dźwigniowy znaczył skurcze mięśnia. Otóż wybitniejszych różnic w działaniu tych różnych surowic nie było. Przeprowadzałem też doświadczenia na samych chorych w ten sam sposób: pobierałem w czasie napadu krew, aby nastepnie wstrzykiwać tym samym osobnikom surowicę w czasie wolnym od napadów. Gdyby istniały we krwi ciała wywołujące napad, to wstrzyknięcie takiej krwi pobranej w czasie napadu musiałoby wywołać ponownie napad. Otóż nigdy napadu w ten sposób nie wywołałem, a nawet w jednym przypadku taka injekcja uchroniła chorego przed napadem, który zawsze występował co nocy. Sprawa ta wymaga jeszcze dalszych badań. Jednak już powyższe badania świadczą przeciwko pojawianiu się we krwi jadów, działających skurczowo na mięśnie oskrzeli.

Tablica 1.

Rezerwa alkaliczna w cm. CO_2 Imię: L. P.

rano	18 g.	w nocy w czasie napadu
67	66 „	59

Tablica 2.

Rezerwa alkaliczna w cm CO_2

Imię	Data	W okresie bez napadu	napadu
F A	5/6	59	55
K P	6/2	77	67
L B	10/3	75	62
J M	6/4	72	65
P B	6/6	62	—
L R	10/2	78	—

Tablica 3.

Podstawowa przemiana materji.

Imię	K P	L R	P B	N S	K J*)	J H	J
Data	5/2	18/5	31/5	7/6	12/10	13/5	16/4
Q R	0·9	0·87	1	0 83	0·83	0·9	0·9
Przem. %	10%	—1·2%	—2·8%	3%	—10%	—2·6%	3%

*) Chory otyły

Tablica 4.

Imię	Kwas mocz.	cukier	R A	chlorki
L B	2·44 mg %	0·076%	26·6 mg%	0·497%
K P	3·32 „ „	0·098 „	44 „ „	0·644 „
L P	2·5 „ „	0·08 „	20 „ „	0·55 „
F A	2·9 „ „	0·10 „	25 „ „	0·6 „
P B	3·1 „ „	0·075 „	30 „ „	0·490 „
J M	1·9 „ „	0·10 „	31 „ „	0·570 „

Tablica 6

Działanie wywoływacza

Godzina	9	$10^1/_2$	13	8	9 na drugi dzień po napadzie nocnym
Ilość ciałek biał.	6.500	6.700	7.300	6.500	10.500
Segment.	55·6	5 0	59 6	68 8	74·7
pałecz.	1·6	2·4	0·8	3 6	1·1
Limfocyt.	29·2	38·8	30·0	20·8	12·0
Monocyt.	II·2	0 4	8·4	4·4	8 0
Eozynofil.	2 0	2·4	1·2	2 4	3·6
Tucz.	0·4	0	0	0	0

Obraz hematologiczny.

Wśród ogólnych objawów na uwagę zasługuje zachowanie się obrazu hematologicznego. Zmiany tu zachodzące są tak wybitne, że zwracały uwagę od dawna, jakkolwiek wyniki obserwacji były tu niekompletne i bardzo często zupełnie fałszywie tłumaczone. Zmiany te są dwojakiego rodzaju: 1. zmiany które spotyka się stale u ludzi chorych na dychawicę oskrzelową, 2. zmiany, które powstają podczas samego napadu. Należy podnieść, że doświadczenia tu były niedokładne, nie uwzględniano czasu pobrania krwi w badaniach dawniejszych autorów. Nie uwzględniano czy krew była pobrana w czasie napadu, czy po napadzie, czy w czasie wolnym od napadów i dochodzono do fałszywych wniosków. Jeszcze teraz nawet w obszernych podręcznikach znajdujemy niesłuszne zdanie, że stopień eozynofilji jest miarą ciężkości schorzenia.

Poniżej podaję zestawienia najcharakterystyczniejszego zachowania się tych zmian u niektórych chorych naszych. Badania bardzo dokładne i szerokie przeprowadzaliśmy na materjale kli-

Tablica 5.

Nazwisko i Imię	Data	Ilość ciałek b	Neutrofile segment.	Neutrofile puten.	Neutrofile młode	Eozynofile	Tuczne	Limfoc.	Monoc.	Uwagi
J D	7/5	10.300	48·8%	8·8%	0·8%	7·2%	0.4%	27·2%	6·8%	Długi okres bez napadu
	13/5	7.000	40·0%	1·0%	—	4·0%	0·5%	44·5%	10·0%	W czasie napadu
	„	9.700	44·4%	1·6%	—	19 2%	0·8%	26·4%	7·6%	W 2 godz. po silnym napadzie — jedynym.
*) na 250 ciałek b. liczonych — 1 myeloblast eozynofil.										
J M	25/1	6.230	56·0%	2·4%	—	4·8%	0·4%	34·4	1·6	W czasie długotrw. poprawy
	3/2	5.400	55·0%	2·5%	—	10·5%	0·5%	24·0	7·5	W okresie napadów. — Stan chwilowo bez napadu
		5.300	49·5%	1·0%	—	6·0%	—	40·0	3·5	W czasie duszności
		8.500	34 4%	0 4%	—	12 8%	0·8%	49·6	2·0	Po napadzie
L B	24/1	8.700	60·4%	0·8%	—	4·0	0·8	29·2	4·8	Długi okres napadów — stan przed napadem
	„	6.000	41·6%	1·6%	—	2·4	0·4	43·6	10·4	W czasie napadu
	„	8.500	52·3%	2·0%	—	4·8	—	34·8	5·6	Po napadzie
K P	17/11	9.900	56·1%	2·1%	1·2%	21·0	2·3	15·3	2·0	Po silnym napadzie
	10/12	6.200	66·8%	2 1%	0·3%	5·5	—	20·2	5·1	Po napadzie w okresie długotrwającego pogorszenia
	18/1	9.600	64·4%	0·4%	—	3·2	—	27·6	4·4	Długi okres poprawy

niki lwowskiej, uwzględniając wszystkie momenty tu w grę wchodzące. Badając krew niejednokrotnie u tego samego chorego. Zestawienia dołączone są tylko częścią naszych spostrzeżeń. Wszystkich podać nie możemy ze względu na brak miejsca. Jak z obserwacyj tych wynika, obraz jest tu bardzo zmienny. Największe zmiany sprowadza sam napad. Ale i bez względu na napad spotykamy się tu z wybitną tendencją do powiększenia się ilości ciałek kwasochłonnych i przesunięcia obrazu na korzyść limfocytów względne, to znaczy bez powiększania się ilości faktycznej tychże. Ta skłonność do eozynofilji spotykana w całym szeregu stanów pokrewnych dała podstawę Stäublemu do przyjęcia teorji o diatezie eozynofilnej i obecnie jest jeszcze argumentem wspólności tła szeregu postaci chorobowych, zaliczanych obecnie do schorzeń allergicznych. Zmiany owe są tak charakterystyczne dla rozodpornienia we wstrząsie, zwłaszcza zmiany w ilości ciałek kwasochłonnych. Schlecht widział nacieki ciałek kwasochłonnych na okół oskrzeli przy wstrząsie u świnki morskiej. Jakkolwiek jeszcze dotychczas kwestja fizjologicznego znaczenia ciałek kwasochłonnych jest nierozwiązana, to jednak na ogół powiedzieć możemy, że muszą one odgrywać ważną rolę w rozbijaniu antigenów i wogóle obcego białka. Zmiany spotykane w czasie napadu polegają na pewnem zmniejszeniu się ogólnej ilości ciałek białych i procentowem powiększeniu limfocytów. Najcharakterystyczniejsze są jednak zmiany w ilości ciałek kwasochłonnych, które nawet z normalnych wartości spadały prawie do połowy, ale tylko w czasie napadu. Po napadzie natomiast widzimy prawie stałe znaczne powiększenie się ilości ciałek kwasochłonnych. Dopiero w ciągu kilku dni ilość tych ciałek wraca do normy. Wobec stosunkowo długiego trwania tego powiększenia się ilości wspomnianych ciałek nic dziwnego, że u tego samego osobnika u którego w okresie wolnym od napadów widzieliśmy wartości normalne, po kilku napadach będziemy spotykać wartości dochodzące do 24%.

Widzimy więc tu w zachowaniu się ciałek pewien odczyn występujący, jak zwykle odczyny biologiczne, 2-fazowo. Pierwsza faza w czasie napadu, druga po napadzie. Odczyn ten przypomina zmiany spotykane przy wstrząsie anafilaktycznym. Tylko tu eozynofile nie znikają zupełnie z obiegu krwi, tak jak bardzo często przy wstrząsie. A na odwrót powiększenie się ilości tych ciałek po wstrząsie nie dochodzi do wysokości obserwowanych u nas po napadach dychawicy. Wygląda to tak, jakby mechanizm kompensacji strat w eozynofilach był tu sprawniejszy, może wskutek częstszego powtarzania się napadów, i skłonniejszy do egzageracji. Na to podobieństwo do anaphilaksji zwracali uwagę autorowie amerykańscy i angielscy i wyciągali z tego praktyczny wniosek, że to powiększenie się ilości ciałek kwasochłonnych wskazuje na uczuleniowe tło danego przypadku. Według naszych jednak badań podnieść musimy, że przedewszystkiem obraz hematologiczny jest tu tak zmienny, że nie może on stanowić zupełnie pewnej podstawy diagnostycznej; co najwyżej bardzo dokładna obserwacja przy częstem powtarzaniu badań krwi, mogłaby nam mówić coś nie, coś o charakterze danego napadu. Jakkolwiek zdaniu tych badaczy amerykańskich nie można odmówić pewnej słuszności, to jednak muszę podnieść, że w naszych przypadkach widzieliśmy nieraz stosunkowo mniej wybitnie zaznaczoną ową reakcję tam, gdzie tło uczuleniowe było bezwzględnie pewnem, a przeciwnie w jednym przypadku, gdzie uczulenia doszukać się absolutnie nie było można, odczyn ten wystąpił najsilniej. Wogóle objaw ten nie zawsze występował równie silnie. Czasem szereg napadów jakby przez nakładanie się bodźców prowadził do coraz to większej eozynofilji. Czasem natomiast częstsze napady właśnie wyczerpywały ten mechanizm, tak, że odczyn stawał się coraz słabszy. Najsilniej odczyn ten wystąpił w jednym przypadku gdzie w ciągu długiego czasu mieliśmy tylko jeden jedyny napad i to nie na anafilaktycznem tle. Zauważyliśmy tutaj nawet występowanie form młodych myeloblastów eozynofilnych. Na czem polega różnica w mechanizmie tego odczynu, a odczynu anafilaktycznego orzec trudno choćby z tego względu, że mechanizm anafilaksji ma jeszcze tyle niejasności. Jakkolwiek musimy przyjąć, że w mechanizmie tym odgrywa pewną rolę układ wegetatywny to jednak wpływ tego układu może być tutaj z łatwo zrozumiałych względów tylko pośredni i to nie jedyny. Zmiany te odpowiadają wagotonicznemu charakterowi napadu dychawicy. Tu muszę zaznaczyć, że fakt, iż po bodźcach wagotonicznych nie zawsze mamy zwiększenie się ilości ciałek kwasochłonnych, na czem opierają się przeciwnicy, nie dowodzi jeszcze braku wpływu układu wspomnianego. Układ ten zwiększa równocześnie przenikanie tych ciałek z obiegu krwi do tkanek ze zwiększeniem wypływu tychże ze szpiku. Musimy tu podnieść, że ilość i skład ciałek białych we krwi naczyń włosowatych zależy od szeregu czynników: 1. zatrzymywanie w żyłach pewnych narządów, pewnych rodzajów ciałek (Venensperre), (Mautner i Pick), 2. przenikanie ciałek z obiegu krwi do tkanek względnie pewnych narządów, 3. rozpad ciałek. Jeśli zaś chodzi o zwiększenie ilości ciałek to zależy ono od 1. produkcji przez szpik i 2. od wyciskania ich z naczyń narządów miąższowych (śledziona) i 3. od przenikania zwrotnego z tkanek do krwi. W naszem rozważaniu pierwszą rolę odgrywa przenikanie. Badania plwociny tych chorych wykazywały zawsze znaczne ilości ciałek kwasochłonnych i to wtedy gdy zmniejszała się chwilowo ich ilość we krwi. Zmniejszanie się ilości ciałek kwasochłonnych w kapilarach, należy tłumaczyć przenikaniem do płuc tychże ciałek wskutek powstawania tam ciał hemotaktycznie działających wybiórczo, tylko na ciałka eozynofilne. Trudno orzec, czy są to allergeny czy substancje pierwotne toksyczne, czy dopiero pewne produkty przemiany materji lokalnej w tkankach, powstałe wskutek działania nerwu błędnego przy napadzie. Są one prawdopodobnie o charakterze słabych kwasów ze względu na wybiórcze działanie na zasadowe eozynofile. Ciała te powstałe w samych płucach działają przyciągająco na eozynofile ze krwi do płuc. Powoli jednak ciała te przenikają do krwi i wtedy już krew jest celem do którego wędrują eozynofile z tkanek i ze szpiku. I dlatego wtedy mamy wtórne powiększenie się ilości tych ciałek w obiegu krwi. Ciała te zwiększają nawet samą produkcję, bo jak obserwowaliśmy powodują występowanie form młodych.

Czy przenikanie tych ciałek gra rolę w powstawaniu napadu, jak sądzono dawniej (tworzenie kryształków Charcot i Leuden) nie wydaje się prawdopodobne. Raczej właśnie mamy tu do czynienia z odczynem, który ma na celu przeciwdziałanie antigenom i zobojętnianie kwaśnych jadów.

Tu jeszcze nadmienić muszę słów parę co do składu mikroskopowego plwociny. Otóż ani kryształów wspomnianych, ani spirali Kurschmanna w większości przypadków nie spotykaliśmy. Jedynie zawsze spotykaną cechą była obecność znacznej ilości ciałek kwasochłonnych ale i to jest zależne od stanu chorego.

Nakoniec chciałbym jeszcze podać parę uwag co do sposobu obserwacji chorego. Otóż po osiągnięciu z dokładnej anamnezy odpowiednich wskazówek zwracamy w obserwacji uwagę głównie w tym kierunku, w którym nam wywiady dały pewne dane. W razie podejrzenia na uczulenie wykonujemy szereg prób skórnych. I to obecnie tylko na grupę wywoływaczy, na którą uzyskaliśmy pewne podejrzenie. O samych próbach skórnych mówiłem już wyżej. Jak wiemy nie mają one bezwzględnie pewnej wartości. Mimo to jednak wobec braku lepszych prób musimy się posługiwać niemi, bo są one stosunkowo łatwe, a z drugiej strony wiemy, że wyniki fałszywe nie są zbyt częste i próby te oddały już nieraz duże usługi. Dla kontroli, a nadto dla określenia jaką rolę odgrywa uczulenie w danym przypadku należy zawsze uciec się do obserwacji. Czynimy to w ten sposób, że dany wywoływacz staramy się absolutnie usunąć z otoczenia chorego i obserwujemy czy ataki ustąpiły względnie czy się zmniejszyły. Następnie możemy spowodować przez próbne zetknięcie się z tym wywoływaczem wystąpienie napadu względnie pogorszenie. Wtedy już mamy pewne dane. Musimy uciekać się do tego, zwłaszcza tam, gdzie musimy przeprowadzić leczenie odczulające. Jednakże kwestja tej obserwacji nie przedstawia się tak zupełnie łatwo jakby to się zdawać mogło. Musimy pamiętać, że nie zawsze napad dychawicy występuje, jak wstrząs, zaraz po zetknięciu się ze swoistym wywoływaczem. Przeciwnie często widzimy, że napad ten przychodzi dopiero wtedy, gdy w całym organizmie względnie w układzie wegetatywnym zajdą odpowiednie warunki, umożliwiające chorobotwórcze zadziałanie wywoływacza. Np. kontakt może nastąpić w czasie dnia, a napad dopiero w nocy, a co dziwne napady te mogą się jeszcze przez 2—3 dni powtarzać mimo, że w tych następnych dniach już kontaktu nie było. Możliwe, że mamy tu do czynienia z pewnem pozostawaniem wywyływacza gdzieś na błonie śluzowej, dróg oddechowych czy przewodu pokarmowego, skąd on przenikać może do krwi stale lub przejściowo i może być przyczyną napadu, lecz tylko w odpowiednich warunkach. Niektóre formy dychawicy siennej występują dopiero w nocy, kiedy okna są zamknięte mimo, że kontakt nastąpił w dzień. Szereg chorych z uczuleniem do pyłu mieszkaniowego, obserwowanych u nas, jeszcze przez 4—5 dni po przybyciu do Kliniki miewał silne napady, choć potem przez okres szeregu miesięcy napadów nie było. Napady wróciły dopiero po ponownem zetknięciu się z antygenem.

Dalej zdarzają się przypadki, że mimo ciągłego kontaktu z allergenem napady występują okresowo. Mamy tu prawdopodobnie do czynienia z ciekawą grą występowania na przemian stanu rozod-

pornienia i uodpornienia, jako 2 faz tego samego procesu. Obserwowałem przypadek dotyczący małego dziecka, które dostawało nadzwyczaj silnych napadów, ale tylko co 3 tygodnie. Powtarzanie tych napadów trwało tak długo, jak długo spało to dziecko na materacu z „morskiej trawy". Ma się rozumieć, że jeszcze bodźce nie allergiczne musimy uwzględnić w obserwacji, zwłaszcza tam, gdzie uczulenie odgrywa mniejszą rolę.

Przedewszystkiem jednak dużo niespodzianek sprawia nam zawsze uczulenie względne właśnie przez swoje niestałe występowanie. Zdarza się to głównie przy uczuleniu alimentarnem. Musimy tu jeszcze uwzględnić stan przepuszczalności błon śluzowych zwłaszcza przewodu pokarmowego. Przepuszczalność taka może być większa czasami tylko przejściowo wskutek procesów zapalnych lub z innych czynników. Dawać nam ona może przenikanie albo ciał toksycznych, albo anafilaktycznych. Obserwować też musimy funkcje wątroby, która jak wiemy, szkodliwe ciała wchłonięte z przewodu pokarmowego, zobojętnia. Myśmy w naszych przypadkach przeprowadzali próbę Widala, która tu zawsze wypadała dodatnio. W jednym przypadku nawet próba Falty wypadła dodatnio.

Obserwacyj nie możemy ograniczyć tylko do czynników allergicznych. O ile zauważymy, że usunięcie znalezionego już wywoływacza nie usuwa napadów, to musimy doszukiwać się albo innych wywoływaczy albo, co jest znacznie częstsze, wpływu bodźców fizykalnych, toksycznych i odruchowych. Dokładne badania w tym kierunku przeprowadzić winniśmy w ten sposób, że obserwować musimy wpływ dodatni usunięcia tych bodźców, a z drugiej strony, czy po zetknięciu się z takim bodźcem występują napady i to zaraz albo dopiero w nocy.

Obserwację racjonalną najlepiej przeprowadzać w klinice. Jednakowoż w przypadkach lżejszych u chorych inteligentnych możemy się uciec do pewnej współpracy z chorym. Niektórzy autorowie podają odpowiednie schematy do wypełnienia. Najlepiej postępować w ten sposób, że po jednej stronie karty przeznaczonej na zapiski obserwacyjne zaznaczyć dokładny czas i jakość spożytych pokarmów, zdarzenia dnia, jakość pracy, stykanie się ze zwierzętami, stykanie się z jakiemiś pyłami względnie z pewnemi osobami. Czy nosił ten chory jakieś nowe ubranie dawniej nie noszone, czy stykał się z jakiemiś osobami, czy nie zmieniał miejsca pobytu. Warunki pogody, wiatr, deszcz, mgły, wilgotność, zimno, gorąco, wzruszenie psychiczne, zmartwienia. Po drugiej stronie tej karty notujemy czas, długość i intenzywność napadu. Już po tygodniu takiej dokładnej obserwacji możemy wyciągnąć pewne wnioski co do istnienia pewnych czynników, względnie inne czynniki możemy wykluczyć.

Naturalnie te wszystkie wyżej wymienione czynniki musimy także uwzględnić w wywiadach. Już same wywiady dają w większości przypadków bardzo dużo. Dalsza obserwacja może nas tylko utwierdzić w danych uzyskanych przez wywiady.

C. d. n.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. A. KICIŃSKI i Dr. M. MANCEWICZ. Warszawa.

Przypadek włośniczego zapalenia mięśnia sercowego.

Z oddziału chorób wewnętrznych „B" Szp. ś-go Łazarza w Warszawie.
Ordynator: Doc. Dr. M. Semerau-Siemianowski.

Kazuistyka naszego oddziału ma do zanotowania przypadek włośnicy mogący budzić zainteresowanie ze względu na rzadkie w przebiegu tej sprawy powikłania sercowe. Z góry jednak zaznaczyć należy, że co do możliwości tego rodzaju powikłań stanowisko wielu autorów jest wręcz negatywne. I tak Leschke twierdzi, że dotychczas nie wykazano włośnice w mięśniu sercowym, zaś toksyczne zmiany zapalne pośmiertnie w nim stwierdzane nie dają żadnych klinicznych objawów. Analogiczny jest pogląd Domarusa. Zapatrywania powyższych autorów podziela częściowo i Matthes. Zgadza się mianowicie z nimi, że włośnice nie usadawiają się w mięśniu sercowym, lecz w przeciwieństwie do nich jest zdania, że objawy niedomogi krążeniowej zależą właśnie od zmian zapalnych toksycznych w mięśniu sercowym. Ortner jednak wyraźnie już podkreśla, że niewydolność serca w przebiegu włośnicy może zależeć od usadowienia się włośnic w mięśniu sercowym. Spostrzeżenia Zenkera, który pierwszy wykazał włośnice w mięśniu sercowym przesądziły jednak spór co do możliwości takiego ich usadowienia się (Gruber). Okoliczność tę należy podkreślić ze względu na jego autorytet i kompetencję, gdyż Zenker jeden z pierwszych wskazał na rolę chorobotwórczą włośnic. W ostatnich czasach ukazała się praca Trommera i Hebenstreita omawiająca te sprawy z punktu widzenia klinicznego oparta na skrupulatnie spostrzeganym i przestudjowanym materjale.

Z krótkiego tego zestawienia wynika, że udział mięśnia sercowego w sprawie włośniczej może być dwojaki: albo mięsień sercowy zostaje wciągnięty w grę wskutek toksycznego działania włośnic, albo staje się on miejscem ich usadowienia się. Kwestję tę omówimy łącznie ze spostrzeganym przez nas przypadkiem.

Spostrzeżenie dotyczy chorej H. S., lat 19, która w dniu 23 stycznia b. r. przybyła na oddział z powodu silnych bólów mięśniowych, osłabienia i podwyższonej ciepłoty. Chora podawała, że na 10 dni przed zgłoszeniem się do szpitala dostała gorączki, bólu głowy i utraciła łaknienie. Te objawy, początkowo nieznaczne, nasiliły się szybko, tak, że na 3-ci dzień musiała położyć się do łóżka. W 9-tym dniu choroby wystąpiły bóle mięśniowe, bezsenność i poty. Ciepłota zaś podniosła się do 40°. W pierwszym dniu pobytu chorej w szpitalu ciepłota wynosiła 38.3°. Język był lekko obłożony lecz wilgotny. Mięśnie na kończynach górnych i dolnych były żywo bolesne i nieco twardawe. Płuca opukowo i osłuchowo wykazywały stosunki prawidłowe. Granice serca były w normie, tony czyste, miarowe, miernie przyspieszone o prawidłowym stosunku co do przerw i natężenia. Tętno wynosiło 90 na minutę, było miarowe dostatecznie wypełnione i napięte. W jamie brzusznej poza tkliwością wyraźnie macalnej esicy zmian nie wykrywano. Śledziona nie była powiększona. Mocz zmian nie wykazywał — w szczególności odczyn dwuazowy był ujemny. Badanie krwi obok miernej leukocytozy (11.000) wykazywało 43% eozynofilji. Kał jaj pasożytów nie zawierał.

Badanie przedmiotowe i dodatkowe laboratoryjne pozwoliły wobec tego na ustalenie rozpoznania włośnicy *(Trichinosis)*.

W rozważaniach różniczkowych należało jeszcze uwzględnić następujące zasadnicze sprawy chorobowe:

1° Influenzę typu rheumatoidalnego,

2° Dermatomyositis.

3° Sepsis z przerzutami do mięśni.

1° Wysoka eozynofilja, przy ujemnym wyniku badania kału na jaja pasożytów, pozwoliła tę pierwszą możliwość wykluczyć.

2° Brak objawów skórnych, obrzęku twarzy (Matthes), tak wysoka eozynofilja nie pozwoliły znów na przyjęcie dermatomyositis.

3° Posocznicę wykluczał brak punktu wyjścia zakażenia, dobry stan ogólny chorej, wilgotny język, tętno współmierne z ciepłotą oraz obraz krwi.

Tak więc i drogą wykluczenia doszło się do pierwotnego rozpoznania. Powtórne badanie krwi na 3-ci dzień wykazało 47% eozynofilji. Kał na jaja pasożytów dał ponownie wynik ujemny. Próby Staublego na obecność trichinyl nie przeprowadzono. Zresztą próba ta, jak z wielu stron podkreślają daje prawie zawsze wynik ujemny.

Przez 9 dni pobytu chorej w szpitalu włośnica przebiegała typowo i łagodnie. Stan ogólny chorej był dobry. Ciepłota wahała się w granicach 37.6—38.2° przy dobrem tętnie 90—100 na minutę. Eozynofilja utrzymywała się na poprzednich liczbach. Tony serca były nadal czyste i miarowe.

Na 10-ty dzień wystąpiły raptem silne dreszcze, ciepłota podniosła się do 39.6°, tętno zaś do 130 na minutę. Chora uskarżała się na kłujące bóle w okolicy serca i uczucie jego kołatania.

Serce poza przyspieszoną akcją i lekkim podmuchu skurczowym zmian na razie nie wykazywało. Następnego dnia stan ten znacznie się pogorszył i chora zaczęła narzekać na wzmożenie się bólów mięśniowych i bólu w okolicy serca. Ciepłota wynosiła 39°, tętno 130 na minutę, lecz było już słabo napięte i wypełnione. Ciśnienie krwi obniżyło się na 90/75 mm Hg. RR. Serce było nieco powiększone w wymiarze poprzecznym. Stwierdzało się pozatem wyraźny szmer skurczowy nad końcem serca i tętnicą płucną. Drugi ton okazał się tu rozszczepiony. Na kończynach dolnych zaznaczył się nieznaczny obrzęk. Badanie moczu w tym czasie wykonane poza śladami białka zmian nie wykazywało. Odczyn dwuazowy ujemny. (Krew nieoczekiwanie wykazała spadek eozynofilji do 2%).

W ciągu paru następnych dni ciepłota wahała się od 37.4 do 37.9° przy tętnie 120—130 na minutę. Eozynofilja nie przekraczała 3%. Przedmiotowo ze strony serca stwierdzano powiększenie serca w wymiarze poprzecznym (półtora palca w lewo i jeden w prawo) i podłużnym ku górze (3 żebro) szmer skurczowy nad końcem i tętnicą płucną. Tony u podstawy serca były wzmożone,

II ton nad tętnicą płucną rozdwojony. Kończyny dolne były wyraźnie obrzęknięte wybitne zaś obrzęki wystąpiły na krzyżu.

Badanie elektrokardjograficzne wykazało: P w I i III odprowadzeniu lepiej wysklepione niż w II, R w I małe, dodatnie, w II średnie, również dodatnie, w III zaś bardzo małe, dodatnie z dużym załamkiem na ramieniu wstępującem. T w I odprowadzeniu ujemno-dodatnie naogół dość płaskie, w II i III zupełnie ujemne. PR nieco większe od 0.15, QS = 0.05, RT = 0.375. Krzywa elektrokardjograficzna nie wykazała zatem naogół nic szczególnego.

Z zasadniczego tła chorobowego wyłoniła się więc sprawa nowa, o wyraźnym zespole objawów krążeniowych. Rozstrzeń serca, dane osłuchowe, przyspieszona akcja, nikłe tętno, obniżenie ciśnienia krwi i objawy niedomogi krążeniowej przemawiały za zapaleniem mięśnia sercowego, które etjologicznie można było wiązać jedynie z chorobą zasadniczą. Należało jeszcze rozważyć jakie przypuszczalnie zmiany anatomiczne stanowiły podstawę tych objawów. Czy mieliśmy tu do czynienia z ogniskami zwyrodnieniowemi toksycznemi zgodnie z zapatrywaniami Matthesa, Lesckego, Romberga, Domarusa i innych, czy ze zmianami zapalnemi powstałemi wskutek inwazji włośnic w myśl spostrzeżeń Zenkera, Grubera oraz Ortnera. Przyjęcie pierwszej koncepcji zwyrodnienia na tle toksycznym było prostsze, miało jednak pewne zastrzeżenia. Przedewszystkiem, o ile to można było sądzić ze stanu ogólnego chorej objawów toksycznych właściwie się nie stwierdzało. Zwłaszcza nerki i wątroba reagujące na toksyny wogóle bardzo szybko nie wykazywały żadnych zmian (brak białkomoczu, nie zwiększony urobilinogen). Również tętno przed wystąpieniem objawów sercowych było współmierne z ciepłotą. Brak było również obrzęku powiek, który większość autorów uważa za toksyczne uszkodzenie śródbłonka naczyń. Obrzęk kończyn dolnych i krzyża oczywiście tym czynnikiem toksycznym tłumaczonym być nie mógł.

Dane powyższe nakazały dokładniejszą analizę całego obrazu chorobowego, tembardziej, że wyłaniała się i inna koncepcja. Znanym jest ogólnie fakt, że w chorobach zakaźnych, w których istnieje możliwość dostania się materjału zakaźnego do krwiobiegu moment ten przejawia się klinicznie szybkiem powstawaniem nowych ognisk chorobowych i silnemi dreszczami. Zważywszy więc, że w naszym przypadku tym objawom towarzyszyło jeszcze nasilenie się bólów mięśniowych, to trzeba przyznać, że przypuszczenie analogicznego mechanizmu w mięśniu sercowym miało za podstawę pewne dane. Ponieważ właśnie w tym okresie wystąpiły objawy sercowe, podejrzenie usadawienia się włośnic w mięśniu sercowym nasuwało się samo przez się. Oczywiście, że tej kwestji nie można było przesądzić a nawet przechylić szalę zwykłego prawdopodobieństwa w tę lub ową stronę, ale odnieśliśmy wrażenie, że wspomniana interpretacja wykazała jednak dużo punktów stycznych z obrazem klinicznym naszego przypadku.

To jedno spostrzeżenie z liczby trzech przypadków włośnicy, które mieliśmy możność obserwowania na naszym oddziale w latach 1926—28 nie uprawnia do wyciągania żadnych dalszych wniosków, ale uzupełniony innemi spostrzeżeniami klinicznemi, ew. sekcyjnemi wniesie niewątpliwie światło co do kwestji powikłań sercowych włośniczych. Istotą powikłania w naszym przypadku było zapalenie mięśnia sercowego, udział zaś włośnic pośredni czy bezpośredni miał znaczenie drugorzędne bez wpływu na rokowanie i leczenie. Z powodu niemożliwości jednak ustalenia przyczyny i mechanizmu tego powikłania ucierpiał obraz patogenetyczny a tem samem zrozumienie całokształtu obrazu klinicznego.

Z punktu widzenia symptomatologji sercowej przypadek nasz jest analogiczny do przypadków włośnicy, opisanych przez Trommera i Hebenstreita. Autorowie ci stwierdzali zwiększenie się sylwetki serca o cechach rozstrzeni, szmer skurczowy na koniuszku, wzmożenie tonów u podstawy serca i objawy niedomogi krążeniowej. Wzmożenie tonów trwało do 3—4 miesięcy. W naszym przypadku objawy niedomogi trwały blisko 4 tygodnie, wzmożenie zaś tonów stwierdzaliśmy po 3 miesiącach. Później przypadek ten znikł nam z obserwacji. Według Ortnera zaś, za obecnością trichin w mięśniu sercowym w przebiegu włośnicy przemawia nikłe, często niemiarowe tętno, asthma cardiale, oraz bóle serca.

Reasumując krótko dotychczasowe wywody jesteśmy zdania, że nasz przypadek należałoby ująć w ten sposób: w przebiegu niewątpliwej włośnicy powstaje powikłanie sercowe o cechach zapalenia mięśnia sercowego. Brak objawów toksycznych z jednej strony, z drugiej zaś dane cechujące tworzenie się powikłań w sensie przerzutów czyniło bardziej prawdopodobnem usadowienie się włośnic w mięśniu sercowym. Gdyby u naszej chorej nastąpiło zejście śmiertelne, przypadek ten skierowalibyśmy na sekcję z rozpoznaniem tej formy: *Myocarditis trichinosa (ex invasione trichinellis?)* coby wyrażało nasze podejrzenia i nasz punkt widzenia.

Piśmiennictwo.

1) E. Leschke: „Tierische Parasiten des Herzens". Kraus-Brugsch tom IV, I część, str. 690. — 2) A. von Domarus: „Grundriss der inneren Medizin", 1926, str. 122. — 3) Matthes: „Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten", 1923, str. 116. — 4) N. Ortner: „Differentialdiagnostik innerer Krankheiten", 1928, str. 203. — 5) Trommer i Hebenstreit: „Beitrag zur Trichinose". — 6) Gruber: „Ueber Trichinose". Wiener Klinische Wochenschrift, 1927, Nr. 52.

Dr. Karol BRAUN, sekundarjusz oddz. oto-laryngol., Lwów.
Jan SOSIN, mł. asyst. Inst. Anatomji patol. U. J. K.

Zgorzelinowe zapalenie gardła z brakiem leukocytów wielojądrzastych we krwi.

(Przyczynek do kazuistyki t. zw. agranulocytozy).

Na posiedzeniu lekarzy Medycyny Wewnętrznej w Berlinie, w lipcu 1922 roku opisał poraz pierwszy Verner Schulz rzadkie postacie schorzeń migdałków, które podzielił na dwie grupy. Jedną z nich określił on wtedy jako tak zwaną „Monocytenangina", drugą grupę tych schorzeń określił on jako *„Gangreneszierende Processe mit Defekt des Granulocytensystems"*. Od tego czasu schorzeniami temi bardzo zainteresowano się w świecie lekarskim, w piśmiennictwie zaś pojawiają się od czasu do czasu opisy przypadków poszczególnych. Drugą postać wspomnianych schorzeń Verner Schulz określił skróconem mianem „Agranulocytoza". Friedemann nazwał tę jednostkę chorobową *„Angina agranulocytotica"*, zaś Weiss *„Mucositis necroticans agranulocytotica"*.

Schorzenie to dotyczy przeważnie kobiet w wieku średnim. Trwa trzy do dziesięciu dni, a wszystkie pierwsze przypadki opisane miały przebieg śmiertelny. Później opisywano przypadki o przebiegu pomyślnym. Etjologja schorzenia jest niejasna. Friedemann przyjmuje etjologję zakaźności.

Obejmuje ono przedewszystkiem migdałki, następnie błonę śluzową jamy ustnej, języka i gardła, gdzie stwierdza się głębokie owrzodzenia i martwicę. Nadto pojawia się żółtaczka, niekiedy obrzęk śledziony i wątroby i bardzo charakterystyczny obraz krwi. Przy prawidłowej liczbie ciałek czerwonych zachodzi znikoma ilość granulocytów, które w niektórych przypadkach mogą zupełnie z krwi zniknąć. Podobny przypadek, przez nas spostrzegany, opisuję poniżej.

C. N., lat 28. Wywiady: Dawniej nigdy nie chorowała, jest 5 lat zamężną, bezdzietna, mąż zdrów.

Choroba rozpoczęła się przed 9 dniami, dreszczami, łamaniem w kończynach i bólami głowy. Następnego dnia wystąpiły bóle gardła i wymioty. Ciepłota 40°. Ten stan trwał ze wzmagającem się nasileniem przez cały tydzień. Z końcem tygodnia pojawiła się silna żółtaczka. Sensorium wolne. W drugim dniu choroby wstrzyknięto chorej 5 tysięcy j. surowicy przeciwbłoniczej, bez żadnego jednak wyniku. Stan chorej bardzo ciężki. Ponieważ objawy się nasilały i stan się pogarszał, a wszelkie zabiegi lecznicze nie dawały poprawy, skierowano chorą w 9-tym dniu choroby, w stanie bardzo ciężkim na oddział laryngologiczny Państwowego Szpitala powszechnego.

Stan obecny: Chora zgłasza się w stanie bardzo ciężkim o nieco zamroczonem sensorium, nie przyjmuje żadnych pokarmów. Wzrostu średniego, budowa kośca dobra, odżywienie dobre. Uderza silnie żółtaczkowe zabarwienie skóry. Głowa jest bez zmian. Szpary powiekowe są równe. Źrenice dobrze oddziaływują. Żółtaczkowe zabarwienie twardówki. Nos jest bez zmian. Obrzęk okolicy podszczękowej.

Płuca są w granicach prawidłowych, wypuk po stronie lewej w dole jest stłumiony. Po stronie prawej, zwłaszcza w górze, jest znaczne stłumienie. Wysłuchem stwierdza się szmery oddechowe pęcherzykowe osłabione, z dźwięcznemi rzężeniami.

Granice serca są prawidłowe, a tony głuche.

Powłoki brzuszne są wiotkie, wątroba jest macalna pod łukiem, brzeg wątroby macalny, powierzchnia gładka. Śledziona wypukiem jest powiększona, niemacalna.

Na skórze szyi stwierdza się ponad obojczykiem martwicze powierzchowne ubytki naskórka, pochodzące najprawdopodobniej od okładów, stosowanych w domu.

Jama ustna jest w całości wypełniona językiem silnie obrzękłym, który po stronie prawej, wykazuje ostro odgraniczone czarniawo zabarwione miejsce martwicze, obejmujące $^1/_3$ przedniej części języka. Wśród tej martwicy jest widoczny żółtawo zabarwiony pas martwiczy. Ruchomość języka jest prawie zupełnie zniesiona. U nasady język wykazuje głębokie owrzodzenia i żółtawą martwiczą tkankę, podobnie jak na migdałkach. Po podniesieniu języka szpatułką ku górze jest widoczna martwica na dnie jamy ustnej. Błona śluzowa policzka po stronie prawej wykazuje również martwicę i jest pokryta nalotem żółtawo-brudnym. Z powodu silnego obrzęku i bolesności języka nie można dokładnie zbadać jamy gardłowej. Widoczne są tylko znacznie powiększone migdałki, wykazujące głębokie, ostro odgraniczone owrzodzenia, pokryte brudno-żółtym martwiczem nalotem.

Odczyny: Wassermanna (—), Sachs Georgi (—).

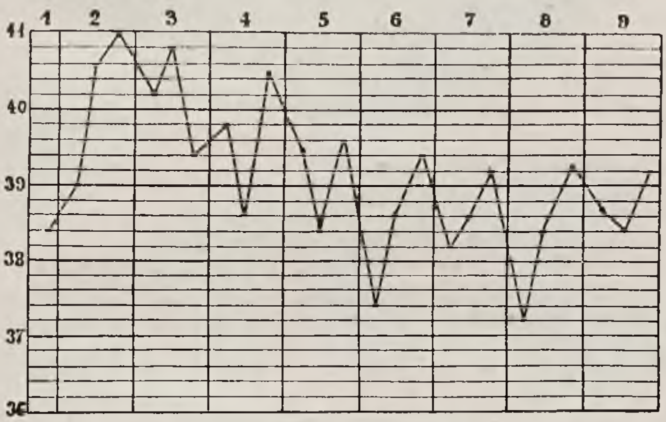
B a k t e r j o l o g i c z n e b a d a n i e n a l o t u m i g d a ł k ó w: W hodowli z gardła stwierdzono paciorkowce hemolizujące.

B a k t e r j o l o g i c z n e b a d a n i e k r w i: Na agarze i na bulionie nic nie wyrosło.

B a d a n i e c y t o l o g i c z n e k r w i: Ciałek czerwonych: 4,400.000, ciałek białych 300, Sahli 90, Index 0.90.

Różnicowanie krwi według Schillinga: 100% limfocytów, wśród nich pojedyncze wczesne formy limfocytów, pozatem żadnych innych ciałek białych.

Krzywa gorączkowa, od pierwszego dnia choroby przedstawia się następująco:



Ryc. 1. Krzywa gorączkowa od pierwszego dnia choroby.

7. VII. Stan chorej popołudniu znacznie się pogorszył. Żółtaczka się wzmogła, skóra przybrała żółtaczkowo-brunatny odcień. Wzmógł się też obrzęk okolicy podszczękowej. Wystąpiła zupełna niemożliwość pobierania nawet płynnych pokarmów. Chwilami zupełne zamroczenie. Przy stałem pogarszaniu się stanu chorobowego, mimo ciągłego podawania środków nasercowych, nastąpiło w nocy zejście śmiertelne, nim zdołano przygotować krew do przelania jako jedyny środek leczniczy w tym przypadku.

Badanie pośmiertne wykazało, co następuje:

S e k c j a: Liczba prot. 596/28 z dnia 9. VII. 1928 w 18 godzin po śmierci.

Zwłoki kobiety lat 28. Wzrost średni. Budowa dobra. Odżywienie mierne. Stężenie pośmiertne mięśni w całości jest utrzymamane.

S k ó r a jest żółtaczkowo zabarwiona, plamy pośmiertne są rozległe.

B ł o n y ś l u z o w e, widzialne od zewnątrz, są sinawe i żółtaczkowo zabarwione.

S z p i k k o ś c i długich czerwony.

G ł o w a i t w a r z są umiarowe. Czaszka zmian nie przedstawia. Opona twarda jest przekrwiona. Zatoki żylne częściowo pośmiertnie skrzepłą krwią są wypełnione. Opony miękkie są silnie przekrwione i obrzękłe.

M ó z g jest wielkości odpowiedniej, zwoje jego są przypłaszczone, a rowki wązkie, tkanka mózgowa ciastowata i wilgotna (obrzękła), na powierzchni przekroju mózgu stwierdza się wybitne przekrwienie.

O p ł u c n a lewa w zakresie płatu dolnego jest zmętniała i pokryta świeżym nalotem włóknikowym, prawa jama opłucnowa jest całkowicie zarośnięta.

P ł u c a są wielkości odpowiedniej, ciężaru powiększonego. Płat dolny płuca lewego w dolnej części, płat górny płuca prawego w całości jest bezpowietrzny, na przekroju płuca stwierdza się nieco wystające nad powierzchnię i zlewające się ze sobą, żywo czerwone ogniska. Pozostałe części płuc są silnie przekrwione i obrzękłe.

K r t a ń, t c h a w i c a i o s k r z e l a są silnie żylnie przekrwione i nieco żółtawo zabarwione, pokryte wydzieliną śluzowo-surowiczą.

G r u c z o ł y c h ł o n n e, okołooskrzelowe i okołotchawiczne są dość powiększone i pylicowo zmienione.

S e r c e jest wielkości odpowiedniej, w wymiarze poprzecznym nieco rozszerzone. Błona wewnętrzna naczyń i wsierdzie jest silnie hemoglobiną napojone. Mięsień sercowy jest przekrwiony, bez połysku o wyglądzie gotowanym, kruchy.

B ł o n a ś l u z o w a j a m y u s t n e j uległa na znacznej przestrzeni zgorzeli. Miejsca zgorzelinowe są ciemno brunatno zabarwione, od zewnątrz pokryte jakby nalotem, pod postacią błony silnie przylegającej, jasno żółto zabarwionej. Jest to tkanka martwicza. Najbardziej zajęta jest prawa strona jamy ustnej, łuki podniebienne z migdałkami, boczna i tylna ściana gardła. Same migdałki są znacznie powiększone dochodzą bowiem do wielkości małych włoskich orzechów, pokryte są one również błoną jasno-żółtą, po zdjęciu której stają się widoczne owrzodzenia, sięgające w głąb zagłębień migdałkowych.

P r a w a s t r o n a j ę z y k a, od wierzchołka aż do podstawy uległa również martwicy i przedstawia obraz podobny.

Ś l e d z i o n a jest bardzo powiększona, silnie przekrwiona, miąższ jej zbiera się obficie na nożu.

W ą t r o b a ma wielkość odpowiednią, jest przekrwiona, na przekroju rysunek jej jest zatarty, powierzchnia lśniąca, miąższ jej jest bardzo kruchy.

D r o g i ż ó ł c i o w e zmian widocznych nie przedstawiają.

N e r k i są nieco powiększone, wiotkie, przekrwione, brzegi ich po przekrojeniu nieco się wywijają, miąższ nieco lśni, stosunek substancji korowej do rdzennej jest prawidłowo utrzymany, jakkolwiek rysunek nerki już się zaciera.

N a d n e r c z a są wielkości odpowiedniej i pośmiertnie się rozpadają.

T r z u s t k a jest przekrwiona, gruboziarnista, wielkości normalnej.

Ż o ł ą d e k jest rozszerzony, jego błona śluzowa blada, gdzieniegdzie pokryta wybroczynami, groszkowana i pokryta dość znaczną ilością śluzu. D w u n a s t n i c a jest pokryta obfitym żółciowo zabarwionym śluzem. Jelita są nieco wzdęte, a ich błona śluzowa blada, nieco matowa, pokryta obfitym śluzem. Grudki chłonne są nieco powiększone.

W j a j n i k u lewym znajduje się ciałko żółte miesiączkowe.

M a c i c a wielkości odpowiedniej, mięsień jej miernie ukrwiony. Z przedniej zewnętrznej ściany macicy zwisa, jakby na szypule guz, białawy, plastyczny, wielkości dużego jabłka, który na przekroju składa się z tkanki tłuszczowej i włosów. Błona śluzowa jest przekrwiona, rozpulchniona i pokryta obfitym śluzem.

R o z p o z n a n i e a n a t o m o - p a t o l o g i c z n e: *Stomatitis, pharyngitie et tonsilitis gangraenosa. Gangraena supertitialis linguae. Pneumonia lobularis haemorhagica lobi inferioris pulmonis sinistri et superioris dextri. Pleuritis fibrinosa pulmonis sinistri. Obliteratio cavi pleuralis dextri. Nephritis acuta parenchymatosa. Degeneratio myocardii et hepatis parenchymatosa. Tumor lienis septicus. Oedema cerebri. Imbibitio haemoglobinaemica intimae vasorum et endocardii. Icterus. Cystitis dermoidalis subperitonealis uteri. Medulla ossium rubra.*

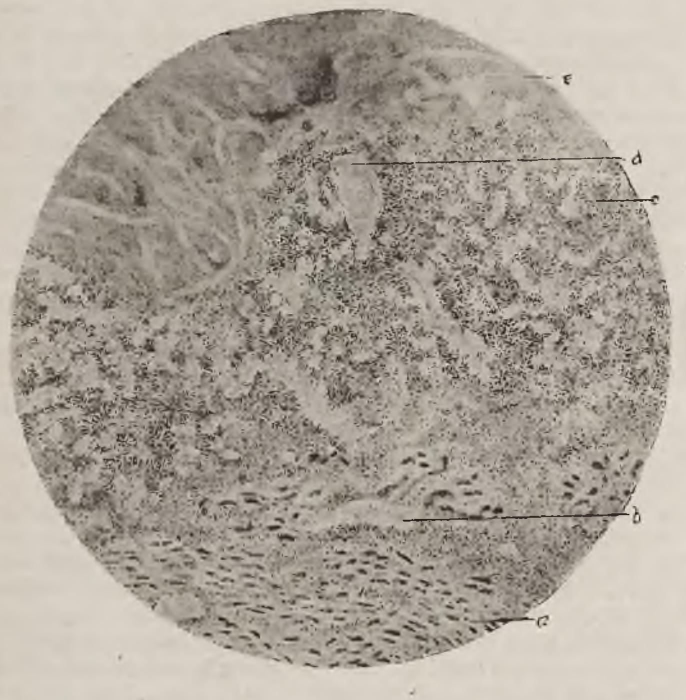
B a d a n i e m i k r o s k o p o w e n a r z ą d ó w:

J a m a u s t n a. Błona śluzowa jamy ustnej uległa martwicy. W tkance podśluzowej naczynia krwionośne są silnie porozszerzane, a w nich tkwią zakrzepy. Dookoła naczyń stwierdza się obfite nacieki limfocytarne.

J ę z y k. Błona śluzowa języka w miejscach, ulegających zgorzeli, jest zupełnie martwicza, a pod nią są bardzo obfite nacieki drobnokomórkowe, utworzone niemal wyłącznie z komórek limfoidalnych. Naczynia krwionośne są wybitnie porozszerzane i przekrwione, a ponadto pod błoną śluzową są rozległe wylewy krwawe. Nacieki zapalne, wnikają one również pomiędzy obrzękłe pęczki mięsne języka.

M i g d a ł k i. Śluzówka, pokrywająca migdałki i wnikająca do ich zagłębień, jest również zupełnie martwicza. Sam migdałek ma budowę zatartą, naczynia jego są porozszerzane i przekrwione, a miejscami powstają przestrzenie wypełnione krwią. W niektórych naczyniach tkwią zakrzepy, a wśród nich nagromadzone są drobnoustroje, przedstawiające się pod małem powiększeniem pod postacią plamek niebieskich, o budowie ziarnistej. W okolicy takich zakrzepionych naczyń także sama tkanka migdałka ulega

początkowej martwicy. Sam miąższ w powierzchownych warstwach obrzękły, zbudowany prawie wyłącznie z limfocytów wśród których widoczne są mniej liczne komórki o pęcherzykowatych jądrach, odpowiadających najbardziej nieco wybujałym śródbłonkom. Leukocytów wielojądrzastych się nie stwierdza.



Ryc. 2. J ę z y k. Zapalenie z martwicą błony śluzowej: a. włókna mięsne, między niemi nacieki zapalne, b. naczynie krwionośne, c. tk. martwicza nacieczona zapalnie, d. naczynie przekrwione, e. martwica. Ok. rys. Leitz II. Obj. Zeiss aa.

P ł u c a. W pęcherzykach płucnych znajdują się bardzo znaczne ilości dobrze utrzymanych ciałek czerwonych, a wśród nich nieliczne limfocyty i złuszczone nabłonki. Gdzieniegdzie widoczna jest siatka włóknika. W niektórych pęcherzykach stwierdza się nagromadzenia drobnoustrojów. Naczynia wszystkie są zapalnie przekrwione. W całości płuca przedstawiają obraz zapalenia zrazikowego krwiotocznego. *(Pneumonia lobularis hemorrhagica).*

S e r c e. W tkance łącznej okołonaczyniowej, a także między pęczkami włókien mięśnia sercowego dają się widzieć, co prawda nieliczne nacieki drobnokomórkowe i obrzęk tkanki łącznej. Same naczynia, nawet najdrobniejsze są rozszerzone i silnie przekrwione. Rozczłonkowania (fragmentacji) nie stwierdza się.

Ś l e d z i o n a. Budowa jej jest pozacierana, zwłaszcza w zakresie grudek Malpighiego. Naczynia krwionośne oraz zatoki żylne są przepełnione krwią, wskutek czego obraz, tembardziej staje się niewyraźny. Komórki siateczkowo śródbłonkowe wykazują wzmożone bujanie, są powiększone, a jądra ich silnie się barwią.

W ą t r o b a wykazuje wybitne zmiany. W torebce Glissona znajdują się znowu nierównomiernie porozmieszczane nacieki zapalne, złożone z komórek limfoidalnych, miejscami ulegających nawet rozpadowi. Nacieki te gromadzą się obficiej dookoła naczyń krwionośnych. Beleczki wątrobowe ulegają wybitnej fragmentacji. W wielu miejscach komórki wątrobowe się nie barwią, co dowodzi ich martwicy.

N e r k i. Szczególnie w substancji korowej, mniej w rdzennej, stwierdza się dowolnie, jakościowo i ilościowo, porozmieszczane nacieczenia komórkowe zapalne, też złożone z komórek limfoidalnych, naczynia silnie przekrwione, a nabłonki tak krętych jak prostych, przeważnie obok zwyrodnienia miąszowego wielkiego stopnia, ulegają martwicy i złuszczeniu. Stosunkowo najmniej są zmienione kłębki nerkowe.

T r z u s t k a, poza silnem przekrwieniem, wybitniejszych zmian nie wykazuje.

Ż o ł ą d e k i j e l i t a. Poza nieznacznem powiększeniem grudek chłonnych i zmianami pośmiertnemi w błonach śluzowych, żadnych godnych uwagi zmian się nie stwierdza.

G u z, z w i s a j ą c y z p r z e d n i e j ś c i a n y m a c i c y, wykazuje utkanie torbieli skórzastej, zawierającej: tkankę tłuszczową i włosy.

B a d a n i e b a k t e r j o l o g i c z n e ś l e d z i o n y. Zaszczepiono miąższ śledzionowy na agar z płynem opuchliny jamy brzusznej, jednak nie udało się wyhodować żadnych drobnoustrojów.

Badanie drobnowidowe wykazało zatem najwybitniejsze i najdalej posunięte zmiany, i to w postaci rozległej martwicy błony śluzowej, przedewszystkiem migdałków, z następowem przejściem



Ryc. 3. W ą t r o b a. a. beleczki wątrobowe, ulegające martwicy, b. naciek komórkowy zapalny okołonaczyniowy, c. światło naczynia. Ok. rys. Leitz IV. Obj. Zeiss AA.

tejże martwicy na ich otoczenie i podstawową część języka. Zmiany wsteczne postępujące, wywołane bezwątpienia drobnoustrojami, jak się z badania drobnowidowego okazuje, są najprawdopodobniej następstwem zakaźnego zakrzepowego zapalenia naczyń



Ryc. 4. N e r k a. a. nabłonki kanalika, ulegające martwicy, b. naczynie krwionośne przekrwione, c. kłębek, d. naciek komórkowy zapalny. Ok. rys. Leitz IV. Obj. Zeiss AA.

krwionośnych. W preparatach mikroskopowych uderza bowiem obecność zakrzepów zakażonych w naczyniach i zmiany zapalne ich ścian. Zarówno w tkance martwiczej, jak w świetle naczyń, stwierdzono liczne drobnoustroje pod postacią ziarniniaków, barwiących się Gramem dodatnio.

Podnieść też należy niezwykłą dążność martwicy do postępowania w głąb, jak się to szczególnie widzi na języku, gdzie martwica zajmuje nawet częściowo jego mięsień.

O ile chodzi o zmiany drobnowidowe, stwierdzone w narządach miąższowych, to uderzają przedewszystkiem wybitne zmiany wsteczne, a nawet martwica. Stwierdza się ją szczególnie w wątrobie i w nerkach. W wątrobie występuje ponadto wybitne rozczłonkowanie beleczek. Obok tych zmian wstecznych we wszystkich narządach miąższowych, mniej lub bardziej wyraźnie występują zmiany zapalne pod postacią przekrwienia, nacieków limfoidalnych i obrzękowego rozluźnienia budowy drobnowidowej narządów. Te zmiany w narządach miąższowych są już niewątpliwie następstwem dostania się do nich drobnoustrojów i to drogą naczyń krwionośnych; dowodzą tego świeże i dalej posunięte zmiany zapalne, stale koło naczyń się usadawiające.

Całość obrazu sekcyjnego i drobnowidowego w badanym przypadku wskazuje na zakażenie ogólne ustroju, które wyszło niewątpliwie z gardła, i to zakażenie bardzo jadowite, za czem świadczą najlepiej zarówno zmiany w gardle i jamie ustnej, jak w narządach wewnętrznych.

Również, na podstawie przypadków agranulocytozy, opisywanych przez różnych autorów (Schultze, Alice, Banz, Piette, Eugene, Licht-Hartman, Schafer, Rotter), można twierdzić, że jest to sprawa wpływająca szkodliwie na cały ustrój, a przedewszystkiem na aparat leukopoetyczny.

Aparat limfatyczny wykazuje nieco wzmożony rozrost. Zarówno w przypadkach opisywanych przez Rottera, jak i w naszym przypadku, zaznacza się bujanie komórek śródbłonkowych zarówno w śledzionie, jak w gruczołach limfatycznych.

Szpik kostny może być czerwony, co przemawia za zmianą warunków jego czynności, lub też żółty, obfity w tłuszcz. Drobnowidowo stwierdzano w nim dość znacznego stopnia zmniejszenie młodych postaci leukocytarnych.

Ciałka czerwone krwi zwykle nie wykazują znacznych zmian, poza opisywanymi kilkoma przypadkami, które łączyły się z anemją bardzo znacznego stopnia.

O etjologji nie można nic pewnego powiedzieć, ponieważ w różnych przypadkach wyhodowano z gardła różne drobnoustroje jak: łańcuszkowce hemolityczne, gronkowce, laseczniki prawdziwej błonicy, gramoujemne laseczniki z grupy pyocjaneus, pneumococcus mucosus, w większości jednak przypadków łańcuszkowce hemolityczne. Ze śledziony zwykle nie udawało się nie wyhodować, prócz dwóch czy trzech przypadków, w których wyhodowano łańcuszkowce hemolityczne.

Co do patogenezy, to nasuwałyby się dwie myśli, pierwsza, że chodzi tu o mniejszą wartościowość samych leukocytów wielojądrzastych (granulocytów), a różnorodną florę bakteryjną, lub druga, że mamy do czynienia z jakimś nieznanym drobnoustrojem, który wybiórczo działa na aparat leukopoetyczny, podobnie jak działa bensol i Thorium X.

W żadnym z opisywanych przypadków nie stwierdzono stanu mniejszej wartościowości, jak *status thymico lymphaticus* i t. p.

Charakterystyczne jest to, że w podawanych przypadkach daje się zauważyć pewną proporcjonalność zmian martwiczych do ilości leukocytów we krwi, t. j. im mniej leukocytów we krwi, tem większe zmiany w narządach.

To jednak nie przemawia za żadnem z wyżej wymienionych przypuszczeń, gdyż, w miarę, jak będzie mniejsza wartościowość leukocytów, to czynnik chorobotwórczy prędzej się z nimi upora i z większą siłą może uszkadzać tkankę narządów, jak w organizmie zdrowym. Jeżeli natomiast czynnik chorobotwórczy będzie działać wybiórczo, to warunki będą podobne, gdyż również leukocyty prędzej ulegną zniszczeniu.

Rotter w jednym przypadku stwierdził raka macicy i wyraził przypuszczenie, czy w danym przypadku toksyny nowotworowe nie uszkodziły aparatu leukopoetycznego i nie spowodowały agranulocytozy.

W naszym przypadku znaleziono torbiel skórzastą, co przemawiałoby raczej za mniejszą wartościowością ustroju. Jeżeli zatem u tego samego osobnika istnieje jedno zaburzenie rozwojowe, to może istnieć także inne, jak mniejsza wartościowość szpiku kostnego.

Co do bujania komórek śródbłonkowych, to są one wyrazem dążności organizmu do samobrony po utracie leukocytów wielojądrzastych. Za mniejszą wartościowością przemawia również to, że sprawa prawie zawsze kończy się śmiercią, gdyby zaś w grę tutaj wchodziły jakieś specjalne drobnoustroje, to złośliwość ich nie zawsze byłaby tak znaczna i spotykalibyśmy jakieś postacie poronne agranulocytozy, co się jednak nie zdarza.

Piśmiennictwo.

Alice L.: Deut. Archiv f. Klin. Med. B. 143, 1923, H. 1 u. 2. Banz R.: Beitrag zur Frage Agranulocytosis, Münch. med. Woch. 1925, Nr. 29. — Licht u. Hartmann: Zur Frage der Agranulocytose Deut. Med. Woch. B. 51, 1925, H. 37. — Bultrer H.: Beitrag zur Kenntnis Agranulocytose, Virch. Arch. B. 262, 1926. — Piette, Eugene C.: Histopathology of agranulotic angina The Journ. of the Americ. Med. Assoc. Bd. 84, 1925, Nr. 19. — Rotter W.: Beitrag zur path. Anatomie der agranulocytaeren Erkrankung, Virch. Arch. B. 258, 1925. — Schäfer R.: Zur differential Diagnose der Agranulocytose, Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 151, 1926, H. 3 u. 4. — Schultz: Ueber gangräneszierende Processe mit Defekt des Granulocytensystems, Deut. med. klin. 1922.

Dr. ZIENKIEWICZ, Kierownik Szpitala. Łokacze.

Śródbłoniak prącia.

Chory N. T., lat 38, z zawodu szewc, żonaty (3 dzieci) zgłosił się do szpitala ze skargą na ból w brzuchu i na utrudnienie w oddawaniu moczu.

W wywiadach dur osutkowy w 1918 r. Chorób wenerycznych nie przechodził. Żona poronień nie miała.

Podczas badania stwierdziłem wypełnienie pęcherza moczowego na 3 palce poniżej pępka. Powłoki brzuszne były napięte i bolesne przy dotyku. Prącie niewielkie, lecz twarde. W środkowej części prącia stwierdza się wyczuwalny guz wielkości orzecha włoskiego. Granice guza trudno wybadać; skóra na prąciu jest ruchoma.

Jądra są bez zmian. Gruczoły pachwinowe są niewyczuwalne. Gruczoł krokowy jest prawidłowej wielkości, miękki, bez zmian widocznych. Ciepłota 36,8°, tętno 96. Inne narządy zmian nie wykazują. Podczas zbierania wywiadu chory podał, iż od $1^1/_2$ roku zauważył w prąciu nieznaczny guzek, który stale się powiększał. Wobec tego, iż ten guz mu nie przeszkadzał ani w oddawaniu moczu, ani przy spółkowaniu — nie zwracał się do lekarza. Jednak od dwóch miesięcy oddawanie moczu stało się trudniejszem i w końcu wręcz niemożliwem. Wszelkie próby odprowadzenia moczu nawet najmniejszym cewnikiem nie odniosły skutku, gdyż cewnik nie mógł przejść przez jakąś przeszkodę.

Biorąc pod uwagę wywiady chorego, a mianowicie guz, który stale rósł i w końcu przeszkadzał prawidłowemu oddawaniu moczu i wobec tego, iż trudno było odprowadzić mocz, którego ilość stale wzrastała, zaproponowałem choremu usunięcie prącia.

Pozostawał, prawda, sposób odprowadzenia moczu drogą przekłucia pęcherza trójgrańcem, lecz chory nie zgodził się na żaden z powyższych zabiegów i odszedł.

Po trzech dniach chory zgłosił się powtórnie już z prośbą o przeprowadzenie operacji.

Pęcherz moczowy sięgał już na dwa palce powyżej pępka.

Aby sobie ulżyć z ciśnieniem moczu w pęcherzu, chory uciekał się do sposobu, jakiego używają dojarki krów. Sposób ten stosowany był przez chorego przez dłuższy czas, jednakowoż w czasie opisywanym stał się mało skutecznym. Chory nie był w stanie wydoić całej zawartości pęcherza.

W uśpieniu eterowem dokonałem zabiegu. Po rozcięciu skóry starałem się guz wyłuszczyć, lecz okazało się, że nie można tego dokonać, więc usunąłem całe prącie, zszywając następnie śluzówkę cewki ze skórą.

Cewka moczowa była zdrową. Z chwilą usunięcia prącia mocz silnym strumieniem (do wysokości 1 metra) wylał się z pęcherza.

Po ośmiu dniach pobytu w szpitalu (od 9. X. — 16. X.) chory wypisał się z raną prawie zagojoną (był potem jeden raz do opatrunku). Chory oddaje obecnie mocz prawidłowo. Przy badaniu odciętego prącia stwierdziłem guz wielkości orzecha włoskiego, odmiennej budowy od reszty prącia; guz przerósł ciała jamiste. Cewka moczowa na całej przestrzeni jest drożną dla cienkiego zgłębnika i nie wykazuje widocznych zmian chorobowych.

Drobnowidowe badanie skrawka, wyciętego z guza, dokonane przez Zakład Anatomji Patologicznej U. J. K. we Lwowie (L. 998/29 z dnia 19 października 1928 r.) wykazało, co następuje: Wśród podścieliska tkankołącznowego, wybitnie włókienkowego, miejscami ulegającego zwyrodnieniu szklistemu, stwierdza się stosunkowo nieliczne szczelinki, miejscami porozszerzane, z wi-

doczną jeszcze gdzieniegdzie wyściółką śródbłonkową. Szczelinki te bezpośrednio otoczone są pasmami komórek o jądrach nieco wydłużonych z dość wyraźną budową chromatyny. Komórki te stanowią bezpośrednią granicę światła wspomnianych szczelin. Przeważnie tkanka guza składa się z pełnych gniazd lub pasm, wytworzonych jedynie z komórek opisanych, przyczem te gniazda i pasma są w dość ścisłym związku z wyżej opisanem podścieliskiem. Wreszcie wśród utkania stwierdza się tu i ówdzie wylewy krwi świeże i starsze. Całość odpowiada utkaniu śródbłoniaka, wychodzącego z szczelin chłonnych, w którym podścielisko ulega miejscami zwyrodnieniu szklistemu.

A zatem jestto śródbłoniak prącia.

W opisanym przypadku zasługuje na uwagę fakt, że pęcherz moczowy mógł rozszerzać się do znacznych rozmiarów i być w takim stanie przez dłuższy czas, niemniej należy zwrócić uwagę na sposób oddawania moczu zapomocą dojenia się.

Nowotwory prącia, poza jego rakami, wychodzącemi z żołędzi i napletka, należą do spraw chorobowych, rzadko zachodzących, a odnosi się to przedewszystkiem do nowotworów prącia nie tyle zewnętrznych, ile wewnątrz prącia się rozwijających.

Rak prącia może niekiedy przechodzić na cewkę moczową i następnie przechodzić na ciała jamiste drogą naczyń chłonnych i wypełnić przestrzenie tychże jam.

Z nowotworów klinicznie i anatomicznie dobrotliwych należy wymienić tłuszczaka i naczyniaka, z nowotworów atypowych mięsaka i śródbłoniaka. Wydarzają się także potworniaki i torbiele skórzaste.

Co się tyczy mięsaków, Colmers w r. 1903 przytacza 21 przypadków mięsaka prącia, w polskiem piśmiennictwie z Zakładu lwowskiego anatomji patologicznej Zakrzewski ogłosił w r. 1924 przypadek mięsaka wrzecionowato-komórkowego u chłopca 4-letniego. Mięsak ten zajmował naciekowo całe ciała jamiste prącia i dał przerzuty do gruczołów chłonnych pachwinowych. Według Zakrzewskiego, liczba ogłoszonych do r. 1924 przypadków pierwotnego mięsaka prącia nie przewyższa 50. Należy zauważyć, że mięsak prącia naogół niema wywoływać trudności w oddawaniu moczu.

Śródbłoniaki prącia *(endothelioma intravasculare)* wychodzą z śródbłonków ciał jamistych i mogą przypominać pod względem histologicznym raka cewki moczowej, przechodzącego w przestrzenie naczyniowe ciał jamistych prącia. W piśmiennictwie znane są tego rodzaju śródbłoniaki; niektóre też przypadki, opisywane, jako raki prącia, wyglądają raczej na śródbłoniaka.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Marja SKOKOWSKA-RUDOLFOWA. Warszawa.

Program wojewódzkiej organizacji walki z gruźlicą *).

Przed naszkicowaniem planu zwalczania gruźlicy na terenie województwa, jako jednostki administracyjnej, należałoby pokrótce scharakteryzować stan obecny akcji przeciwgruźliczej. Temat ten był wielokrotnie omawiany, obecnie jednak posiadamy świeże materjały sprawozdawcze, które pozwolą porównać rzeczywisty stan rzeczy z teoretycznemi wymaganiami.

Organizacja zwalczania gruźlicy idzie w kierunku wzorów przeważnie francuskich; ośrodkiem zwalczania staje się przychodnia przeciwgruźlicza (le pivot central, według określenia L. Bernard). Główny nacisk dotąd był położony na organizację przychodni; robiły to samorządy i towarzystwa społeczne przy znacznych subwencjach rządowych. Sprawę ułatwiała taniość organizacji — fundusze znaczne nie były tu potrzebne — lekarze zdobywali nowe placówki i chętnie popierali tworzenie przychodni, wymagania były zbyt ogólne, wobec czego zaregestrowano cały szereg przychodni, które w pojęciu nowoczesnem nie są niemi. Takich zaregestrowanych przychodni było u nas 152 do dnia 1. XII. 1928 roku; to znaczy, że jedna przychodnia przypada na około 200,000 ludności. Łóżek szpitalnych i sanatoryjnych jest 7,371, czyli jedno łóżko przypada na 4,000 ludzi.

Zestawienie prac przychodni przeciwgruźliczych wykazuje, że w roku 1927 przeszło przez te przychodnie 59,890 osób (bez Śląska i miasta Łodzi); stwierdzono w tem chorych na gruźlicę 32,475, czyli 54%. Z pośród chorych skierowano do szpitali i sanatorjów razem 4,172 osoby, czyli zaledwie niecałe 13% (12,8%); reszta — 28,300 osób — pozostaje w domach bez jakiejkolwiek opieki zakładowej i w bardzo złych warunkach mieszkaniowych.

Tak wygląda opieka nad chorymi, znajdującymi się już w ewidencji, gorzej jest, gdy się przyjrzymy cyfrom teoretycznym.

Przeciętna śmiertelność z gruźlicy w wielkich miastach Polski wynosi 30 na 10,000 (rok 1924). Jeśli przyjmiemy tę cyfrę dla całego kraju, to wypadnie, że mamy przypadków śmierci z gruźlicy przeszło 80,000, zaś chorych na gruźlicę (przyjąwszy liczbę siedmiokrotnie większą) przeszło ½ miljona, to znaczy, że przychodnie przeciwgruźlicze mają w swojej ewidencji niecałe 12% chorych, a skierowały do zakładów 0,83% tych „teoretycznych" gruźlików. Pozostają jeszcze ambulatorja Kasy Chorych, ale zaledwie 15% ludności jest ubezpieczonych, i lekarze prywatni i urzędowi — odsetek bardzo nikły. Chorzy nie są kierowani do zakładów, gdyż miejsc zakładowych jest zamało. Niektóre miasta i województwa są pod tym względem uprzywilejowane (względnie, naturalnie), inne zupełnie łóżek szpitalnych i sanatoryjnych nie mają; do tych należą przedewszystkiem województwa kresowe, a więc Wołyńskie — 1,437.000 ludności i Poleskie — 880.000 ludności — po 5 łóżek, Nowogródzkie — 800.000 ludności — 2 łóżka, Tarnopolskie — 1,428.000 ludności — 0 łóżek (ludność według stanu z r. 1921, łóżka według spisu na 1. I. 1929 r.).

W Polsce mieszkania jednoizbowe wynoszą 36,8% ogółu mieszkań; z tego 67% mieści się w piwnicach i suterenach (dane te dotyczą miast z ludnością ponad 20.000 — rocz. statyst. r. 1928). W miasteczkach i wsiach kresowych, jeśli chodzi o skupienie, stosunki nie są z pewnością lepsze od przeciętnych. Dość przypomnieć wsie w Nowogródzkiem, gdzie są liczne chaty kurne jednoizbowe. Nie wydaje się zatem, aby izolacja chorego w domu była możliwa do przeprowadzenia. Z drugiej strony raporty i inspekcje przychodni przeciwgruźliczych stwierdzają zgodnie, że praca ich jest niezmiernie utrudniona. Niema w Polsce ani jednej przychodni (prócz miejskiej w Łodzi), związanej organizacyjnie lub choćby drogą wewnętrznego porozumienia z zakładem izolacyjno-leczniczym. Jest szereg przychodni, które w ciągu roku nie umieściły w zakładach ani jednego chorego.

Należy stwierdzić, że o ile jest ogromny brak przychodni jako instytucyj rozpoznawczych i propagandowych, o tyle jeszcze jest większy brak łóżek dla obserwacji, izolacji i leczenia chorych na gruźlicę. Istnieje przerost liczby przychodni nad zakładami leczniczemi. Przychodnie nie wiedzą, co z chorymi robić, a jednak należy podkreślić, że przychodnia jest raczej nietyle ośrodkiem walki z gruźlicą, ile, według ściślejszego określania angielskiego, sortownią „clearing" i musi mieć odpływ chorych. Jest ona tylko jednem z ogniw walki z gruźlicą i wymaga istnienia szeregu innych ogniw.

Zgodnie z obecną ustawą o zakładach leczniczych „obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali ogólnych, otwierania oddziałów dla chorych zakaźnych w szpitalach ogólnych lub utrzymywania specjalnych szpitali zakaźnych ciąży na powiatowych związkach komunalnych i miastach, wydzielonych z powiatów, zaś szpitali specjalnych dla osób psychicznie chorych, oraz dla innych kategoryj chorych, które oznaczą osobne ustawy — na wojewódzkich związkach komunalnych".

Nasuwa się tu koncepcja tworzenia oddziałów obserwacyjno-izolacyjnych powiatowych, obsługujących powiat, zaś jako dla kategorji „chorych specjalnych" — zakładania przez związki wojewódzkie, obsługujące terytorjum województwa, — wojewódzkich sanatorjów i prewentorjów.

Podstawę prawną do tworzenia tego rodzaju instytucyj daje rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 1928 o związkach międzykomunalnych. Związki te przedstawiałyby organizację o mocnych podstawach finansowych, które bez trudu mogłyby zakłady specjalne utrzymywać.

Niektóre z województw z inicjatywy wojewódzkich urzędów zdrowia myślą o realizacji tak szerokich projektów. Jako przykład możnaby przytoczyć projekty województwa białostockiego.

Województwo to pragnie mieć narazie sanatorjum o 350 łóżkach (nie licząc już posiadanych 155 łóżek w szpitalach) i zamierza założyć związek samorządów w celu zrealizowania projektu po upewnieniu się, że Rząd udzieli mu terenu na gruntach państwowych, zapomogi z Departamentu Służby Zdrowia i pożyczki z Banku Gospodarstwa Krajowego.

Związek taki jest pomysłem, już zrealizowanym, jeśli chodzi o szpital dla psychicznie chorych, którego brak w pierwszym rzędzie dawał się w tem województwie odczuwać.

Statut wymienionego, już istniejącego, związku określa cel jego powstania, wymieniając kilkanaście związków komunalnych na terenie województwa, doń należących. Związek jest osobą prawną, władzami jego są: Rada, Zarząd i komisja rewizyjna. Rada

*) Referat wygłoszony na zebraniu Sekcji przeciwgruźliczej Państw. Naczelnej Rady Zdrowia.

składa się z przedstawicieli po 2-ch od każdego członka, w tem z urzędu prezydent miasta wydzielonego lub przewodniczący wydziału powiatowego. Rada może wyłonić komisje do poszczególnych spraw. Z zakładów i urządzeń związku mogą korzystać osoby, zamieszkałe na terenie członków związku. Członkowie wpłacają udziały, które stanowią majątek związku, oddzielny od majątku każdego członka. Obowiazki członka rozszerzają się w miarę rozszerzania się jego granic i zapotrzebowań.

Wydaje się, że tworzenie tego rodzaju związków oraz nowa ustawa o kosztach leczenia wskazują wyjście z sytuacji. Ostateczne uporządkowanie wniesie ustawa o zwalczaniu gruźlicy. Niezależnie jednak od daty wejścia jej w życie należałoby przeprowadzić akcję planową przez tworzenie kompleksów urządzeń walki z gruźlicą na terenie pewnych jednostek administracyjnych, kierując wysiłek organizacyjny i finansowy bardziej skoncetrowanie, nie zaś rozpraszając go, jak dotąd działo się to z konieczności. Więc naprzykład w ubiegłym roku budżetowym udzielono mniejszych lub większych zapomóg 62 instytucjom, rozproszonym w Warszawie i 16 województwach; w bieżącym roku budżetowym już 96 instytucjom. Należy zaznaczyć, że większość tych instytucyj byłaby poważnie zagrożona przez cofnięcie zapomogi rządowej, stałe jednak subwencjonowanie tych instytucyj bardzo obciąża więcej niż skromny budżet walki z gruźlicą i rozprasza coraz bardziej wysiłki, które należałoby raczej skupić i nadać im jednolity kierunek. Nasuwa się tu pomysł zorganizowania wzorowego powiatu, województwa. Departament Służby Zdrowia musiałby wziąć wydatny udział finansowy w organizacji, jednocześnie nadając jej jednolity kierunek. Natomiast utrzymanie i prowadzenie kompleksu instytucyj wzięłyby na siebie odpowiednie związki. Należałoby, oczywiście, przewidzieć udział w tych związkach organizacyj ubezpieczeniowych i społecznych. Sprawa ta była przedstawiona na Polskim Zjeździe Przeciwgruźliczym w czerwcu roku zeszłego w referacie „Rola Rządu w walce z gruźlicą" i była scharakteryzowana jako „regjonalizm" w dziedzinie zwalczania gruźlicy.

Reasumując powyższe, zadania poszczególnych jednostek będą: samorządy — towarzystwa w porozumieniu z Kasami Chorych utrzymują przychodnie przeciwgruźlicze, powiaty — oddziały izolacyjno-obserwacyjne, związek międzykomunalny, obejmujący całe województwo, który z czasem przekształci się w związek wojewódzki, — sanatorjum i prewentorjum wojewódzkie.

Na zakończenie pragnę przytoczyć niektóre wnioski, podniesione na zeszłorocznym zjeździe kierowników wydziałów zdrowia, poświęconym zwalczaniu gruźlicy w Anglji.

Zgłaszanie przypadków gruźlicy jest pożyteczne, należy tylko mieć środki pomocy dla zgłoszonych. W miarę rozwoju akcji przeciwgruźliczej krzywa przypadków gruźlicy spada, krzywa „podejrzanych" podnosi się. Obliczenie przypadków śmierci z gruźlicy w poszczególnych prowincjach wykazuje stosunek odwrotnie proporcjonalny liczby przypadków do liczby łóżek dla gruźliczych. Odgrywają tu rolę bezwątpienia i inne czynniki, należy jednak na ten fakt zwrócić uwagę. Wreszcie znaczny spadek śmiertelności z gruźlicy w całej Anglji i Walji zachodzi w tym samym stopniu w okręgu przemysłowym, gdzie warunki mieszkaniowe i ogólne higjeniczne są bardzo złe, mianowicie w Lancashire, gdzie główny nacisk położono na izolację chorych.

Te liczby i przykłady, zarówno obce, jak i nasze, wskazują na konieczność podjęcia planowej akcji przez tworzenie terytorjalnych kompletnych organizacyj, w których nie brakłoby ani jednego ogniwa.

Dziennik Ustaw Nr. 5 z 1929 r. poz. 50.

Rozporządzenie

Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Pracy i Opieki Społecznej, Ministra Przemysłu i Handlu oraz Ministra Rolnictwa z dnia 17 grudnia 1928 r. w sprawie wykonania niektórych postanowień rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu.

Na podstawie art. 1, 2, 9 i 16 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 676), zarządza się co następuje:

§ 1.

Wykaz chorób zawodowych, objętych art. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 r. (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 676) ustala się w następujący sposób:

A. Wszelkie zmiany chorobowe, wywołane przez pracę zawodową z następującemi substancjami, względnie związkami: 1) alkohol metylowy, etylowy, alkohole wyższe, alkohole skażone, 2) antymon, 3) arsen, 4) benzol i pochodne, (anilina, nitrobenzol itp.), 5) chlor, jod, brom, fluor, 6) chrom, 7) cjanowe związki, 8) cynk, 9) dwutlenek siarki, 10) fenole, 11) formaldehyd, 12) fosfor, 13) fosgen, 14) kwasy silne, 15) ługi silne, 16) mangan, 17) olej skalny oraz lotne i płynne produkty jego destylacji (benzyna, ligroina itd.), 18) nitrogliceryna, 19) ołów, 20) rtęć, 21) dwusiarczek węgla, 22) siarkowodór, 23) terpentyna, 24) tlenki azotu, 25) tlenek węgla.

B. Następujące choroby, jeżeli na skutek pracy zawodowej wystąpią u osób niżej określonych zawodów:

26) glistnica u osób, zatrudnionych w górnictwie,

27) głuchota u osób, zatrudnionych przy młotach pneumatycznych, u kotlarzy, kowali, kolejarzy, puszkarzy, tkaczy itp.,

28) gruźlica w związku z pylicami u osób, narażonych na wdychanie większej ilości pyłu,

29) kesonowa choroba u osób, pracujących w powietrzu sprężonem,

30) nerwice, nabyte na skutek pracy zawodowej u telefonistek, sygnalistów itp.,

31) nosacizna u osób, zatrudnionych pielęgnowaniem chorych lub usuwaniem padłych koni, mułów, osłów,

32) nowotwory, owrzodzenia i inne zmiany chorobowe u osób, narażonych przy pracy na działanie smoły, dziegciu, sadzy, parafiny, olejów maszynowych i innych smarów,

32) choroby oczu i ich przydatków, wywołane podczas pracy zawodowej na skutek działania trujących i nietrujących organicznych i nieorganicznych pyłów, gazów i płynów (kapelusznicy, lakiernicy, malarze, młynarze, murarze, ogrodnicy, piekarze, rolnicy, tapeciarze itp.),

34) choroby oczu u osób, których praca zawodowa wymaga znacznego przybliżenia przedmiotów do oka (drukarze, grawerzy, koronczarki, krawcy, litografowie, szwaczki itp.),

35) oczopląs u górników,

36) przepuklina u osób, zajętych dźwiganiem i rzucaniem ciężarów (tragarze, robotnicy transportowi, kolejowi itp.),

37) przymiot u osób, wydymających szkło (w hutach szklanych),

38) pylica u osób, narażonych na wdychanie większej ilości pyłu,

39) choroby skórne na skutek działania urazów cieplnych pyłu, płynów i substancyj chemicznych (garbarze, murarze, piekarze, praczki, robotnicy cementowi, tkacze itp.),

40) choroby skórne i inne zmiany chorobowe u osób, narażonych przy pracy zawodowej na działanie promieni krótkofalowych (Roentgen, rad, substancje radjoaktywne, promienie pozafjołkowe, X, itp.),

41) skurcze zawodowe u pracowników biurowych, muzyków, w przemyśle włókienniczym, telegrafistów itp.,

42) tężec u osób, zatrudnionych przy zbieraniu i przeróbce szmat i gałganów, ogrodników i innych robotników leśnych, rolnych i ziemnych.

43) wąglik u osób, zatrudnionych przeróbką produktów zwierzęcych, jak skóra, włosie itp.,

44) zaćma szara u osób, narażonych na promieniowanie roztopionego szkła, metali (hutnicy),

45) choroby zakaźne u osób, narażonych na zakażenie przez wykonywanie pracy zawodowej (lekarze, personel lekarski, pomocniczy, praczki),

46) zapalenie pochewek, ścięgien i torebek maziowych (staw łokciowy, nadgarstkowy i kolanowy), na skutek urazów mechanicznych u drukarzy, dekarzy, górników itp.,

47) zmiany chorobowe o charakterze gośćcowym u górników, murarzy, praczek, robotników ziemnych, rolników itp.,

48) zimnica u osób, zatrudnionych przy pracach nad osuszaniem błot,

49) żylaki, stopa płaska, kolano szpotawe u osób, wykonywujących pracę przeważnie stojąc (kelnerzy, piekarze, stolarze itp.),

Lista ta uzupełniona będzie w miarę potrzeby.

§ 2.

Szczegółowe przepisy, mające na celu zapobieganie chorobom zawodowym, wymienionym w § 1 niniejszego rozporządzenia, wydane będą w drodze oddzielnych rozporządzeń odpowiednio do wymogów ochrony zdrowia w poszczególnych rodzajach pracy zawodowej.

Przepisy te powinny być podawane do wiadomości i szczegółowo objaśniane robotnikom już przy ich przyjęciu do pracy. Przepisy, wydane w myśl ustępu pierwszego, określą w jakim zakresie i w jaki sposób zarządzenia ochronne mają być wywieszone w danym zakładzie przemysłowym lub poszczególnych jego oddziałach.

Kierownicy robót obowiązani są przestrzegać stosowania ich przez robotników.

§ 3.

Z chorób, wymienionych w wykazie I, zawartym w § 1, obowiązkowemu zgłaszaniu podlegają:

A. Wszelkie zmiany chorobowe, wywołane przez pracę zawodową z następującemi substancjami, ich stopniami i związkami:

1) ołów; 2) rtęć, 3) arszenik i związki arsenowe, 4) fosfor, 5) chrom, 6) tlenki azotu, 7) tlenek węgla, 8) dwusiarczek węgla, 9) związki cjanowe, 10) benzol i pochodne, 11) alkohol metylowy, 12) terpentyna.

B. 13) zmiany chorobowe, wywołane przy pracy działaniem promieni Roentgena i substancjami radjoaktywnemi, 14) owrzodzenia i nowotwory u osób, narażonych przy pracy na działanie smoły, dziegciu, sadzy, parafiny, 15) pylica krzemicowa u osób, narażonych przy pracy na wdychanie pyłu, zawierającego krzem (z kwarcu, granitu, piaskowca itp.), 16) glistnica u górników, 17) wąglik u osób, zatrudnionych przeróbką produktów zwierzęcych, jak wełna, włosie, skóry itd.

§. 4.

Przewidziane w art. 6 zgłoszenia do powiatowej władzy administracyjnej ogólnej (lekarza powiatowego) winny być składane na piśmie w ciągu doby od chwili ustalenia choroby zawodowej, według następującego wzoru:

Chory: Nazwisko: . . . .
imię . . . . . wiek . . miejsce zamieszk. . .
ulica . . . . Nr. domu . . zakład pracy . .
oddział . . . .
Nazwisko pracodawcy lub firma . . . .
miejscowość . . . . . . ulica, Nr domu . .
Rodzaj choroby: . . . .
Stwierdzono (podejrzenie) . . . . . zajęcie, względnie czynnik wywołujący chorobę . . . .
Uwagi . . . .

Podpis lekarza zgłaszającego . . . . .
Adres lekarza zgłaszającego . . . . .

O złożonem do powiatowej władzy administracyjnej ogólnej zgłoszeniu choroby zawodowej winna osoba, składająca zgłoszenie, zawiadomić o tymże terminie inspektora pracy ze wskazaniem nazwiska, imienia i wieku chorego oraz miejsca jego zatrudnienia (nazwy firmy lub nazwiska pracodawcy i jego adresu). W zawiadomieniu winien być również ściśle określony rodzaj choroby zawodowej, co do której zachodzi podejrzenie.

§ 5.

Lekarz powiatowy, otrzymawszy kartę zgłoszenia, powinien bezzwłocznie sam, a o ile chodzi o zakład państwowy, z lekarzem odnośnej władzy:

a) zbadać chorego i ustalić rodzaj choroby, przyczem zbadać, czy źródło choroby nie znajduje się w jego mieszkaniu lub w przedmiotach użytku;

b) jeżeli powyższe badania dały wynik ujemny, przenieść je na teren warsztatu pracy.

Badaniu podlegają w pierwszym rzędzie osoby, pracujące w tych samych warunkach, co chory, przyczem osoby z dobrem samopoczuciem i wyglądem mogą być poddane tylko oględzinom doraźnym, zaś pracowników o wyglądzie niezdrowym, charakterystycznym dla danej choroby, lub skarżących się na charakterystyczne dolegliwości, zbadać dokładnie;

c) badania współpracowników chorego przeprowadzić nawet wtedy, gdy źródło choroby z wielkiem prawdopodobieństwem zostało ustalone poza warsztatem pracy, o ile warsztat ten wogóle nastręcza możność nabawienia się danej choroby;

d) o ile oględziny współpracowników chorego nie dają rezultatu, a chory zmarł, dokonać oględzin wewnętrznych (sekcji) zmarłego;

e) w związku z wynikami tych badań i oględzin dokonać oględzin fabryki, warsztatu, względnie pomieszczeń, w których zaszedł przypadek choroby zawodowej, pozatem oględzin narzędzi, surowców, produktów, jako też badania warunków pracy poszkodowanego.

W tym celu lekarz powiatowy zawiadomi obwodowego inspektora pracy o ustalonych wynikach badań lekarskich i dokona łącznie z nim oględzin danej pracowni. Przytem winny być wzięte pod uwagę następujące okoliczności:

1) jakie czynniki działają szkodliwie, 2) czy są stosowane przepisane środki zapobiegawcze, 3) czy choroba wynikła z powodu niestosowania tych środków przez zarząd zakładu lub nieprzestrzegania ich przez pracowników, 4) czy pomienione środki okazały się niewystarczającemi i jakie potrzebne byłyby uzupełnienia urządzeń, względnie przepisów zapobiegawczych, 5) czy są wywieszone przepisy zapobiegawcze na miejscu widocznem i czy są one podawane do wiadomości robotników przy ich przyjęciu do pracy.

O ile inspektor pracy poweźmie podejrzenie o chorobę zawodową, może on zwrócić się do lekarza powiatowego o wdrożenie badań, przewidzianych w punktach a), b), c) i d) niniejszego paragrafu.

Badania i dochodzenia te w zakładach przedsiębiorstw kolejowych, niepodlegających inspekcji pracy, przeprowadza lekarz powiatowy z udziałem lekarza kolejowego.

§ 6.

Wydawanie zarządzeń, mających na celu usunięcie przyczyny, wywołującej choroby zawodowe, na podstawie wyników przeprowadzonych dochodzeń należy:

a) do powiatowych władz administracji ogólnej, odpowiednio do ich właściwości ogólnej w sprawach nadzorowania nad przestrzeganiem obowiązujących przepisów sanitarnych oraz w sprawach walki z chorobami wogóle, a w szczególności i z chorobami zawodowemi;

b) do obwodowego inspektora pracy w drodze nakazów w granicach, przewidzianych w art. 23 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 14 lipca 1927 roku o inspekcji pracy (Dz. U. R. P. Nr. 67, poz. 590).

Odpisy wydanych zarządzeń obie te władze komunikują sobie bezzwłocznie nawzajem.

Władze, wymienione w punktach a) i b), winny działać łącznie w następujących wypadkach:

1) w wykonywaniu art. 8 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu przy dokonywaniu oględzin, przewidzianych w punktach b) i c) art. 7 tegoż rozporządzenia; takie łączne oględziny winny być dokonywane w miarę możności conajmniej raz do roku;

2) w razie, gdy wskutek niemożności uprzedniego porozumienia zostały wydane zarządzenia, kolidujące ze sobą;

3) w miarę możności we wszystkich ważniejszych wypadkach na skutek inicjatywy jednej z tych władz.

O ile w powyższych wypadkach władza powiatowa administracji ogólnej i obwodowy inspektor pracy nie uzgodnili swego stanowiska w sprawie wydania zarządzeń, rozstrzyga wspólnie okręgowy inspektor pracy i władza administracyjna II instancji. Gdyby porozumienia nie osiągnięto, sprawę rozstrzyga ostatecznie Minister Pracy i Opieki Społecznej łącznie z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

§ 7.

Winni przekroczenia postanowień, zawartych w art. 5 i 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu, podlegają karze w myśl art. 13 tegoż rozporządzenia.

§ 8.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 24 marca 1925 r. w sprawie stosunku organów inspekcji pracy do organów służby zdrowia władzy administracyjnej I instancji (Dz. U. R. P. Nr. 38, poz. 265) niema zastosowania do działalności organów inspekcji pracy i organów służby zdrowia w zakresie wykonywania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 sierpnia 1927 roku o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 676) i przepisów, na podstawie tego rozporządzenia wydanych.

§ 9.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Spraw Wewnętrznych: (—) *Sławoj-Składkowski.*
Minister Pracy i Opieki Społecznej: (—) *Dr. Jurkiewicz.*
Minister Przemysłu i Handlu: (—) *E. Kwiatkowski.*
Minister Rolnictwa: (—) *K. Niezabytowski.*

OCENY.

Dr. med. W. Janusz: *Kilka uwag krytycznych o krytykach.*

Swego czasu w „Archiwum Historji i Filozofji Medycyny", Tom V, str. 300 — 301 zwróciłem uwagę na wyjątkowy w niemieckiej literaturze naukowej głos uczonego Fr. Lejeun'a (M. m. W. N. 16 1926 r.), który w rzeczowym swym referacie podniósł szczególne zainteresowanie się historją medycyny w Polsce. Ocenienie polskiego dorobku naukowego oraz wysunięcie Polski jako wzoru przypisywałem, stale rozwijającemu się u nas ruchowi naukowemu w dziedzinie historji i filozofji medycyny. Nie znaczyło to oczywiście, żebym nie dostrzegał równocześnie zasadniczych niekiedy braków w tej dziedzinie nauki u nas, to jednak przyznaję, że narodowej mojej ambicji nie była mi bynajmniej obojętna podobna opinja bezinteresownego przedstawiciela nauki narodu raczej nam wrogiego niż życzliwego. Uczeni niemieccy, w dalszym ciągu śledząc pilnie postęp polskiej pracy w dziedzinie historji medycyny, nie mieli widocznie żadnego powodu by zmieniać swe dotychczasowe mniemanie o nas, kiedy w dwa lata po F. Lejeunie znakomity uczony niemiecki prof. H. Sigerist wyraził się wręcz entuzjastycznie i z pełnem uznaniem, ogłaszając w roczniku „Kyklos" (1928, str. 155): „w dziedzinie nauczania historji medycyny wypadnie powiedzieć, że na czele wszystkich narodów kroczy obecnie śmiało Polska. Urządzenia jakie tu spotykamy mogą służyć za wzór dla całego świata..." Z powyższych zapatrywań prof. Sigerista logicznie wnioskować można, że jeśliby wspomniane słowa uznania odnosić się miały wyłącznie do zaawansowania organizacji studjów historji medycyny w Polsce, nie zaś do dotychczasowego stanu prac u nas w tej dziedzinie, to przecież owa organizacja studjów jest właśnie wynikiem polskiego historycznego dorobku naukowego a zatem musiała się opierać na pewnych ważkich zdobyczach dotychczasowych, w przeciwnym bowiem razie byłoby niemożliwością wznosić gmach wspomnianej organizacji, służącej innym narodom za wzór bez jakichkolwiek zasad fundamentalnych.

Słowa prof. Sigerista kontynuują zatem opinję Fr. Lejeuna, którą podałem do wiadomości ogółu czytającego, nie wątpiąc, że świat lekarski z taką samą miłą satysfakcją przyjmie do wiadomości. Ograniczając się do streszczenia pracy Lejeuna, nie uważałem za stosowne wykraczać poza jej ramy i zastanawiać się nad brakami w stanie naszej pracy, które zresztą nam samym są dobrze znane. Reasumując zdanie Lejeuna po dokładnem rozważeniu doszedłem do wniosku, jaki uzasadniłem na wstępie. Podobnie do sprawy tej ustosunkował się po mnie p. Dr. H. Higier, któremu w udziale przypadło zwrócenie uwagi na wspomnianą pracę prof. H. Sigerista (Warsz. Czas. Lek. Nr. 15 — 16 1928 r.). I jego bynajmniej pochwały nauki niemieckiej nie wzbiły w fałszywą dumę, lecz przeciwnie w szlachetną ambicję — abyśmy w zupełności zasłużyli na owe panegryki. Stanowisko Dra Higiera, jako polskiego autora, zrozumiałe jest całkowicie i przedstawia się zupełnie uzasadnione dla każdego poważnego człowieka. Takich bowiem ludzi pochwały nie psują, lecz mogą być raczej zachętą do dalszego doskonalenia się.

Zupełnie odosobnione i zgoła niezrozumiałe stanowisko zajmuje Dr. J. Fritz, jeden z pracowników na polu historji medycyny, który w Pol. Gaz. Lek. Nr. 8, 1929 r., str. 145, nawołuje do skromności. Można się zgodzić jedynie z jego twierdzeniem, że, historja medycyny u nas jest przecież ciągle jeszcze, jeśli chodzi o młodych na tym polu pracowników — w okresie dyletantyzmu.

W samokrytycyzmie winniśmy za wszelką cenę unikać sofizmatów, nie licujących zgoła z powagą tych, którzy czując się do tego powołani oceny swe muszą kreślić z jaknajbardziej objektywnego stanowiska, a właśnie sofizmatem takim jest twierdzenie Dra J. Fritza, że uznanie, jakie składają nam obcy autorowie, powtarzane przez naszych pisarzy „może jedynie dobrej sprawie zaszkodzić". Myśl powyższa Dra J. Fritza wykazuje już sama w sobie znaczną wadliwość, tembardziej, że ogółowi lekarzy polskich jest zwłaszcza niemieckie piśmiennictwo najbardziej dostępne i znane. Gdyby Dr. J. Fritz zechciał szczerze wdać się w intencje omawianego przez siebie artykułu Dra H. Higiera, byłby niewątpliwie zauważył jak zdrowy umysł myślącego i czującego po polsku poważnego człowieka reaguje na, zdaniem Dra J. Fritza, niezasłużone pochwały.

Odpowiedź.

Zob. uwagi podpisanego w Pol. Gaz. Lek. 1929, str. 144/5.

Dr. med. i fil. Józef Fritz.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Ratownictwo, rok I, nr. 1, ze stycznia 1929: Od redakcji. — Józef Zawadzki: Ratownictwo lekarskie w Polsce. — Statut Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach. — Organizacja stacyj ratunkowych. — Józef Zawadzki: Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach przed przybyciem lekarza. — Franciszek Białokur: Grypa. — Projekt zawartości większej apteczki domowej.

Ratownictwo, rok I, nr. 2, z lutego 1929: Franciszek Białokur: Urządzenia społeczne — poradnie dla wykolejeńców życiowych i niedoszłych samobójców. — Franciszek Obarski: Lekarz Pogotowia Ratunkowego a publiczność. — M. S. Trzebiński: ·Przewożenie chorych. — Pierwsza pomoc w zatruciach przed przybyciem lekarza. — Pomoc doraźna w zatruciach gazami. — 10 przykazań przeciw grypie. — Apteczki szkolne. — Bibljografja ratownictwa.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 9, 28 lutego 1929: M. Landsberg: O artretyzmie. — Pomyślny wpływ nakłucia lędźwiowego. — A. Festensztadt: Ropomocz niemowlęcy w świetle współczesnych poglądów (streszcz. zbior.). — N. Szenker: Leczenie nadżerek części pochwowej buljonem szczepionkowym Besredki. — M. Kacprzak: Lekarze w Polsce (ciąg dalszy). — J. Maleciński: Działalność ś. p. Dra Wincentego Boguckiego w Polsce Odrodzonej.

Wychowanie Fizyczne, rok X, zeszyt 3, z marca 1929: E. Piasecki: Teorja wychowania fizycznego a dziedziny pokrewne. — K. Stojanowski: Przyczynek do analizy sprawności fizycznej. P. Klamrzyński: Sprawność fizyczna a budowa ciała.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 9 z 3 marca 1929: J. Kaulbersz: Wyciąg z czosnku i rosiczki jako środki sercowo-naczyniowe. — L. Bier: W sprawie handlu smalcem t. zw. holenderskim w Polsce. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, tom VIII, nr. 13, z lutego 1929: W. Roszkowski: Źródła synonimów w nomenklaturze zoologicznej. — W. Stefański: Synonimika robaków pasorzytniczych.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis lekařů českých.

Nr. 3. 1929.

As. Dr. A. Anders: *Melanuria spuria.* Thormählen w r. 1866 w Göttingen w przypadku złośliwego nowotworu wątroby i śledziony (przerzuty) u kobiety znalazł w moczu ciekawy objaw. Po dodaniu odczynników, używanych przy próbie Legala na aceton, mocz przybrał barwę niebieską. W literaturze odczyn ten nazwano „odczynem Thormählena". Thormählen a przed nim jeszcze Salkowski uznali ten odczyn za typowy dla obecności indolu. Mocz badany przez Thormählena był barwy brunatnej, zawierał dużo indykanu, wykazał ujemny odczyn dwuazowy. Przy pomocy licznych badań chemicznych udało się mu uzyskać żółto-biały proszek, który zawsze zawierał indykan, od którego nie mógł oddzielić substancji, barwiącej się niebiesko. Oprócz przypadku powyższego, rak żołądka oraz otrucie kwasem karbolowym dały podobny odczyn. O odczynie Thormählena istnieje obfita literatura a cały szereg autorów uważa jeszcze dzisiaj ten odczyn, jako typowy dla melaninu. Autor opisuje przypadek, który przedstawiał początkowo znaczne trudności rozpoznawcze; rozpoznanie wahało się pomiędzy gruźlicą i jej następstwami (zapalenie opłucnej i jama) a pomiędzy jamą, z której wyrasta nowotwór [1]) barwikowy, ponieważ w moczu znalazł ciekawy wynik odczynu Legala, a po przeglądnięciu odnośnej literatury, (Lenhartz), poznał, że jest to odczyn na melanin [2]). Stosunkiem odczynu Thor-

---

[1]) Podobny przypadek opisał Jedlička.

[2]) Rozpoznanie patologa brzmiało: *Tuberculosis pulmonis dextri inveterata. Pleuritis interlobaris dextra. Tumor pulmonis sinistri verissimiliter carcinoma bronchogenes. Gangraena pulmonis sinistri. Melanuria? Cachexia.*

mählena do melaninu zajął się cały szereg autorów. Jacksch nie uważa odczynu tego za charakterystyczny dla melaninu, znalazł go w każdym moczu, bogatym we fenol. Dreschfeld znalazł odczyn ten przy „coma diabeticum". Eppinger natomiast uważa odczyn ten za swoisty dla melanogenu i melaninu (dopatruje się pokrewieństwa z tryptofanem, którego sustancją pochodną jest melanogen). Waldsack znalazł odczyn ten dodatnim w moczu świnek, karmionych melaninem. Zeynek w moczu w przypadku melanosarkoma. Weiss uznaje dwa odczyny, zielony, bezwartościowy dla rozpoznania melanurji i niebieski, posiadający pewną wartość rozpoznawczą. Decydującemi są utleniające odczyny melaninowe. Na klinice Prof. Veselego zbadano 600 moczów. Niebieski odczyn znaleziono tylko w przypadku opisanym nowotworu płuc z rozległą zgorzelą. Z pewnością w przypadku tym chodziło o nieprawdziwą melanurję, jakkolwiek dla istnienia melanurji nie jest koniecznem znalezienie melanosarkoma (w literaturze opisane są przypadki niedrożności jelit, zapalenia płuc, niedokrwistości postępowej złośliwej, cukrzycy i in. z obecnością melaninu w moczu). Odczyn z chlorkiem żelaza, (który uważa za rozstrzygający dla melanurji), wypadł ujemnie [3]). W innych przypadkach zgorzeli płuc znalazł autor odczyn zielony. (Im więcej indykanu w moczu, tem odczyn bardziej zielony). Chemik uważa odczyn Tormählena za odczyn na indol i jego substancje pochodne. Chemja nie uznaje różnicy między zielonym a niebieskim odczynem Thormählena. Prawdopodobnie jest odczyn ten odczynem na ciało blizkie indykanowi, jest zawisły od okoliczności, w których przychodzi do większego wydzielania indykanu (procesy gnilne w jelitach). Autor nie może uznać odczynu Thormählena jako odczyn czuły na melanin i zastąpić nim inne utleniające odczyny melaninowe. Nie zgadza się na pogląd Eppingera, dopatrującego się w tym odczynie niedomogi ustroju na chemiczną zmianę pyrolowego jądra. Odczyn ten stoi w związku z procesami rozkładowymi, wywołanymi drobnoustrojami, (a nie jest wyłącznym odczynem na melanin).

Dr. B. Hrbek: *Zwapienie wątroby i śledziony, rozpoznane Roentgenem.* Przypadek 9-letniej dziewczynki rozpoznany Roentgenem. Roentgen wykazał zwapniałą (krwiopochodną) gruźlicę wątroby i śledziony, przy współistniejącej gruźlicy kręgów piersiowych i lędźwiowych, oraz zwapniałych gruczołach krezkowych. Zwapnienie objawia się w postaci wysyconych plam ostro ograniczonych, wielkości główki szpilki do wielkości ziarnka prosa.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery Gynecology and Obstetrics.

1927. XLV/3.

Joseph Larimore i Evarts Graham: *Uchyłki i zdwojenia dwunastnicy.* Autor proponuje, by do mianownictwa uchyłków dwunastnicy a więc prawdziwych i fałszywych — wprowadzić trzeci rodzaj: uchyłków wrzekomych. Obraz rentgenologiczny jest podobny do pierwszych. W rzeczywistości jednak są one tylko zdwojeniem dwunastnicy, prawdopodobnie pochodzenia wrodzonego. Odróżnienie ich od uchyłków prawdziwych i fałszywych jest klinicznie niemożliwe. Dopiero podczas zabiegu lub na stole sekcyjnym przekonujemy się, że z niemi mamy do czynienia. Autor opisuje dwa przypadki uchyłka wrzekomego i jeden rozległego uchyłka fałszywego. W obu przypadkach uchyłka wrzekomego znalazł zmiany w pęcherzyku żółciowym. Po usunięciu samego pęcherzyka dolegliwości znikły.

John Fraser: *Badania nad nowotworami złośliwymi sutka.*

Vernon Dawid: *Zapalenie otrzewny. Badania doświadczalne.*

Lincoln Davis: *Późny nawrót wrzodu trawiennego po zespoleniu żołądkowo - jelitowem.*

Karl Meyer i Harry Singer: *Samoistne krwiaki okołonerkowe i tętniak tętnicy nerkowej.*

Fred Coton: *Sztuczne wklinowanie w złamaniach uda.*

Douglas Quick i Max Cutler: *Przejściowy płaskokomórkowy rak (transitional cell epidermoid carcinoma).* Z grupy raków płaskokomórkowych jamy ustnej i gardłowej wydziela autor podgrupę nowotworów o swoistej budowie histologicznej, którym daje nazwę „transitional cell epidermoid carcinoma".

Są one bardzo złośliwe a występują najczęściej na migdałku, podstawie języka i jamie nosowo - gardłowej.

Przebieg kliniczny charakteryzuje wczesne wystąpienie przerzutów, które to objawy są dominujące w porównaniu z objawami sprawy pierwotnej, która często jest niewidoczna.

Zwykle rozpoznaje się je mylnie jako raki pochodzenia skrzel., śródbłoniaki i mięsaki. To mylne rozpoznawanie należy tłumaczyć głębokiem pochodzniem sprawy pierwotnej, jakoteż tem, że wczesne przerzuty powodują powiększenie gruczołów chłonnych szyi z następowemi objawami zanim jeszcze rozwiną się objawy pochodzące od guza pierwotnego.

Wybitne uczulenie tych nowotworów na promienie Rentgena jest dla nich bardzo charakterystyczne w przeciwieństwie do odpornych na te promienie raków płaskokomórkowych. Leczeniem wyboru tego rodzaju raka jest naświetlanie promieniami rentgena.

Ira Cohen i Ralph Colp: *Rak dwunastnicy.*

Chirurgja kliniczna.

F. Hinman: *Wycięcie nerki.*

J. Schoemaker: *Operacyjne leczenie niedrożności kiszki zstępującej z powodu nowotworów.*

W. Babcock: *Podstawowa technika przy zabiegach na nerwach obwodowych.*

L. Schultz: *Obustronne wycięcie żuchwy z powodu prognatyzmu.*

L. Thornton: *Leczenie starych, zakażonych złamań piszczeli.*

H. Kuhn: *Technika odjęcia szyjki przy pomocy kauteru.*

R. Willan: *Urazowe pęknięcie spojenia łonowego.*

Janik (Lwów).

Piesmiennictwo francuskie.

Le concours médical.

1928, Nr. 42.

Savigny: *Zwyczaje bólu. (L'habitude de la douleur).* Wskutek zajęcia chorobowego lub urazu ból powracać może w pewnym rytmie, z pewnego rodzaju przyzwyczajeniem. Niestety, z tym „przyzwyczajeniem" ból nie przestaje być dla chorego nieznośnym lub nieprzyjemnym. Dla zwalczania takich bólów należy odrzucić morfinę z powodu jej niedogodności i niebezpieczeństwa. W tym celu należy stosować leki kojące, które podawane przez czas dłuższy nie sprowadzają zatrucia, nie szkodzą wątrobie i nerkom i nie powodują objawów nawykania.

Cibalgina, nie zawierająca alkaloidów odurzających koi bóle bez sprowadzania toksykomanji, w dawkach leczniczych może być przez czas dłuższy podawana bez szkody dla ustroju, jest najlepszym środkiem przeciw przewlekłym bólom, a także nadaje się w różnego rodzaju nerwobólach, na które tak często użalają się nerwowe „inteligentne" kobiety, których nadwrażliwość względem nawet nieznacznych bólów dochodzi do przesady. Przepisując takim chorym 2—4 kołaczyki lub 2—4 ampułki cibalginy dziennie, udaje się w zupełności usuwać nazawsze takie niepożądane objawy.

Piśmiennictwo hiszpańskie.

Boletin del Hospital Civil de San Juan de Dios.

1928, Nr. 27, 28 u. 29.

Dr. Carlos Bustamate Perez: *Zapalenie otrzewny na tle gruźliczym.* Autor przytacza przypadek zapalenia otrzewny na tle gruźliczem, który poddano operacji. Ponieważ zwężenie jelit trwało i po operacji, zastosowano prócz innych zabiegów takźe kilka zastrzyków Fibrolysin'y. Nastąpiło wypróżnienie i odejście wiatrów, zmniejszyło się wzdęcie. Stan ten trwał stale, tak, że można było po jakimś czasie wypisać chorą ze szpitala. Autor zaleca Fibrolysin'ę w podobnych przypadków.

Piśmiennictwo holenderskie.

Vlaamsch Geneeskundig Tijdschrift.

Nr. 47, 24 November 1928.

Dr. H. O. Van de Putte (Gent): *Ergosteryna w krzywicy* Vigantol podawano w poliklinice licznym oseskom z nadspodziewanym wynikiem i to przeważnie w dawce 2 × dziennie po 10 kropel 1%-towego roztworu w oliwie. Zauważono szybki zanik licznych objawów krzywiczych, jak Craniotabes, pocenie się i obrzmienia stawów. Tkanka kostna tworzyła się normalnie, zęby przerzynały się dobrze, a dzieci zaczęły chodzić. Na niedokrwistość towarzyszącą krzywicy miał Vigantol mniejszy wpływ.

---

[3]) Helman widzi w odczynie tym bezsporny dowód melanurji. (Brunatny lub czarny osad, powstały po dodaniu chlorku żelaza, rozpuszcza się w ługu sodowym, a ścina się po dodaniu kwasu nieorganicznego).

Piśmiennictwo esperanckie.

Internacia Medicina Revuo.

1929, Nr. 1.

Prof. August Forel z podobizną w 80 rocznicę urodzin.

B a b a d a g l y (Odessa): *O sztucznem poronieniu w Związku Sowjetów*. Sztuczne poronienie jest problemem pokojowego samobójstwa ludzkości. W wszystkich krajach liczba sztucznych poronień się wzmaga, a główną tego przyczyną jest logika życia ekonomicznego, silniejsza aniżeli wszelkie sankcje policyjne. W Niemczech n. p. 80—90% poronień jest nielegalnych, pomimo, że 5—7 tysięcy ludzi zostaje uwięzionych z powodu poronień. Rząd sowiecki legalizował w r. 1920 poronienie. Od tego czasu większa część poronień przeszła z miejsc nielegalnych w ręce lekarzy i w następstwie tego ilość przypadków septycznych, śmiertelnych, oraz powikłań z poronienia stale się zmniejsza. Powtóre możliwem się stało badanie stosunków społecznych, technicznych, klinicznych i statystycznych, dotyczących poronień, czem obecnie zajmują się różne naukowe zjazdy, towarzystwa i zakłady publiczne. Ujemną stroną legalizacji poronień w Rosji jest stałe wzmaganie się poronień i zanikanie uczucia macierzyńskiego u kobiet. Wskazania społeczne przeważają bowiem wielokrotnie wskazania czysto lekarskie przy wykonywanych w szpitalach poronieniach. 85—95% poronień dotyczy kobiet zamężnych. W miastach ustanowione są specjalne komisje poronień, składające się z lekarzy i delegatek robotnic, do których kobieta zgłasza się z życzeniem poronienia i które kierują kobietę do szpitala. Toteż oddziały poronień w szpitalach są zawsze przepełnione. Wskazania społeczne uznane są tylko w pierwszych trzech miesiącach ciąży, późniejsze poronienie może być wykonane jedynie z poważnych wskazań lekarskich. Przeważający sposób poronienia wczesnego jest wyskrobanie, w późniejszych poronieniach wchodzą w użytek inne sposoby. Wstrzyknięcie jodyny do macicy autorowie ostro zwalczają. Rząd walczy przeciw wzmaganiu się poronień środkami popularnemi, jak odczyty, wystawy i przedstawienia, filmy, literaturę i t. p., oraz przez szerokie propagowanie i wolną sprzedaż środków zapobiegawczych ciąży. W Moskwie ustanowiono w r. 1923 „Państwową Komisję do badania środków zapobiegawczych ciąży". Zmniejszać i unormować poronienia potrafią tylko: naprawa ekonomicznego dobrobytu kraju i ponowne wychowanie kobiety do macierzyństwa.

T a k e y a-S i k o (Hakuoka w Japonji): *Dziwna anomalja serca z opacznem położeniem niektórych narządów*. Przypadek dotyczył sekcji jednoletniej dziewczynki. Wyrostek robaczkowy, pęcherzyk żółciowy i kiszka gruba były prawidłowo położone, zaś położenie śledziony, żołądka, trzustki i płuc były opaczne (situs inversus viscerum partialis). Serce samo dla siebie było prawie prawidłowo położone, lecz położenie wszystkich jego części było widocznie przewrotne (situs inversus partis omnis cordis). Przegroda przedsionków tylko szczątkowa, żyły płucne wpływały wraz z żyłami próżnemi do lewego przedsionka. Aorta wychodziła z prawej komory, tętnice płucne z lewej.

M. B l a s s b e r g (Kraków): *Pozacukrzycze leczenie insuliną*. Jest ono: 1) otłuszczające u asteników, ozdrowieńców i gruźlików, leczenie trwa 3—4 tygodnie, 2) w chorobie Basedowa, przez 6—8 tygodni; hormon trzustki jest niejako atagonizmem tyreoidyny, 3) w chorobach wątroby, albowiem insulina wiąże glikogen do komórek wątrobowych; więc stosuje się insulinę w miąższowem zapaleniu wątroby (hepatitis parenchymatosa), w zwykłej żółtaczce, w ostrym żółtym zaniku, w uszkodzeniach wątroby z otrucia, w kile i marskości wątroby. Insulina usuwa też przykry świąd w chorobach wątroby, 4) w chorobie Raynauda, 5) w moczówce prostej, 6) w chorobach chirurgicznych, a to w razie kwasicy po operacji, w procesach septycznych, w czyraczności, ropniach i ropnicach, które pod wpływem insuliny lepiej się goją, 7) w krwotokach macicznych pochodzenia jajnikowego, oraz w zatruciach ciąży i nadmiernych wymiotach ciąży, 8) u osesków w otruciach alimentarnych, w wysychaniu tkanek i wymiotach acetonowych, 9) w łuszczycy i miejscowo w kroplach na wrzody skórne.

K o r o l o w (Perm Z. S. S. R.): *Przypadek zranienia aorty przez przełyk*. Chory przy jedzeniu zupy rybnej z sucharkami zakrztusił się, poczem dostał bólów w piersi, krwioplucia i krwawych stolców; lecz zmarł dopiero po siedmiu dniach. Sekcja wykazała przedziurawienie aorty wielkości grochu.

J a r d u (Kremenczug Z. S. S. R.): *Groźny krwotok w ropniu okołomigdałkowym.*

V a n B e c l a i r e (San Diego, Kalifornja): *Lekarskie drapacze chmur*. Kooperatywy lekarskie budują w miastach amerykańskich wielopiętrowe domy przeznaczone dla wspólnych celów lekarskich. Domy te mają wszelkie urządzenia dla lekarzy, rozmaite udogodnienia dla chorych, obszerne garaże automobilowe, bibljoteki lekarskie, sale posiedzeń, windy dla chorych leżących i t. d. Tak n. p. w mieście S a i n t P a u l (w stanie Minnisota) powstał już w 1912 r. 13-sto piętrowy dom, w którym mieszka 210 lekarzy i 117 dentystów. Nawet w małem mieście H e m p s t e a d koło Nowego Jorku, liczącem ośm tysięcy mieszkańców, mieszka w jednym dwupiętrowym domu, który kosztował 120.000 dolarów 12 lekarzy i 4 dentystów. W Seattle (w stanie Washington) w 18-sto piętrowym domu, który kosztował 2,500.000 dolarów, mieszka 260 lekarzy. Podobnych lekarskich drapaczy chmur autor wylicza w wielu miastach Stanów Zjednoczonych. W suterynach mieszczą się obszerne garaże automobilowe, w parterze często wielkie apteki i różne sklepy, na dachu ogród z aleją spacerową. Prócz tych domów lekarskich powstają też domy z różnemi klinikami prywatnemi. Dwa takie zbiorowe domy wybudowano w L o s A n g e l e s w Kalifornji, w których mieszczą się prywatne kliniki dla wszelkich oddziałów chorób z odpowiedniemi urządzeniami i pracowniami lekarskiemi. Stały historjograf zajmuje się obserwacją przypadków, każdy chory ma dokładną historję choroby, tak, że te przedsiębiorstwa kooperatywne służą nietylko chorym, lecz oddają też usługi dla obserwacji lekarskiej.

Dr. Fels.

Piśmiennictwo niemieckie.

Deutsche med. Wochenschrift.

1929, Nr. 3.

Dr. Ernst J o e l (Berlin): *Doświadczenia z Dionin'a na zwierzętach.* Dionin'ę, chlorowodorek etylomorfiny, poddano dokładnym badaniom na zwierzętach i ludziach. W celach porównawczych stosowano morfinę.

Ostre zatrucie, wywołane zastrzykiem podskórnym średniej trującej dawki Dionin'y równa się zatruciu morfiną, objawy narkotyczne występują jednak w mniejszym, motoryczne zaś w silniejszym stopniu. Dalej stwierdzono, w doświadczeniach na zwierzętach, że również do Dionin'y ustrój przyzwyczaja się niewątpliwie i to w sensie zwiększania się odporności na jej działanie narkotyczne. W porównaniu jednak z morfiną, jest przyzwyczajenie się do Dionin'y znacznie mniejsze. Badania stwierdzają, że Dionin'a rozkłada się w mniejszym stopniu w ustroju zwierzęcym. Ponieważ podniecające działanie Dionin'y jest tylko nieznaczne, niema obawy przed przyzwyczajeniem się ustroju człowieka do tego środka. Należałoby zatem przed zastosowaniem morfiny tytułem próby przepisać zawsze najpierw Dionin'ę. Ponieważ nieznane są przypadki nadużycia Dionin'y uważa autor, że słusznie nie podciągnięto Dionin'ę pod prawo, dotyczące przetworów z makowca i wyraża nadzieję, że prawo to nadal nie będzie tyczyło tego preparatu.

Medizinische Klinik.

1929, Nr. 3.

Dr. W a l t e r, K. F r ä n k e l: *Działanie Ephetonin'y na żołądek i kiszki.* Autor opisuje korzystne działanie Ephetonin'y na działalność żołądka i kiszek w 3 przypadkach. W pierwszym występowały bardzo silne napadowe kurcze żołądka z wymiotami, nie dające się usunąć żadnemi środkami. 1 tabletka Ephetonin'y rano i ½ tabletki wieczorem usunęły zupełnie dolegliwości, poczem dawkę zmniejszono na 2 razy dziennie po ½ tabletki. Po 5 miesiącach leczenia Ephetonin'ą nie odczuwała chora żadnych dolegliwości. Pozatem stosował autor Ephetonin'ę u chorej, która cierpiała na silne zaparcie, wywołane codziennem użyciem większej ilości pewnego narkotyku; w tym przypadku nastąpiło natychmiast regularne wypróżnienie bez bólu i rozwolnienia. W innym przypadku długotrwałego zaparcia okazała się Ephetonin'a jako znakomity środek pobudzający ruch robaczkowy. Według autora jest Ephetonin'a z powodu swej własności sympatikotonicznej cennym środkiem, regulującym czynność żołądka i kiszek. Dawkowanie winno być jednakże indywidualne.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIV P o s i e d z e n i e n a u k o w e z dnia 19 października 1928.

Przewodniczy kol. Z i e m b i c k i.

1. Kol. N o w i c k i pokazuje i omawia preparaty anatomiczne: *a) rzekomej przepukliny przeponowej lewostronnej* u chłopca lat ??, u którego wykonano laparotomję z powodu objawów zwę-

żenia kiszki. Sekcja wykazała, jak najczęściej, po stronie lewej wpuklenie poprzecznicy i części zstępującej kiszki przez przeponę do jamy opłucnowej lewej, tworzące wysterczającą w tej jamie guzowatość wielkości wielkiej pięści. Pętle jelita, tworzące guzowatość, są rozdęte i pokryte opłucną przeponową. Pozostałe części kiszki w kierunku kątnicy są nieco rozdęte. Mowca omawia stosunki anatomiczne, które ułatwiają tworzenie się tego rodzaju przepuklin. Przepuklina przedstawiona jest niewątpliwie pochodzenia wrodzonego. Przyczyną śmierci było zapalenie ropne w otrzewnej pooperacyjne,

b) rozszczep wrodzony powłok brzusznych u noworodka, który żył 10 minut po urodzeniu. Rozszczep przedstawia się pod postacią jakby rozległego braku przedniej ściany jamy brzusznej, i to przedewszystkiem po stronie lewej, począwszy od wyrostka mieczykowego aż po spojenie łonowe, przyczem jest zupełny brak części płciowych zewnętrznych. Brzegi powłok brzusznych, a raczej granicy rozszczepu, są wytworzone ze ścieńczałej skóry i mięśni płaskich a granica rozszczepu po stronie lewej tworzy łuk, wypukłością zwrócony na zewnątrz. W następstwie rozszczepu narządy wewnętrzne jamy brzusznej są wybrzuszone (szczególnie wątroba, nerka lewa, śledziona, jelita) i tworzą kłąb, zwrócony na lewo z następowem skrzywieniem odpowiednim kręgosłupa i dostosowaniem się kończyn dolnych. Pępowina jest zepchięta na dół i znajduje się tuż nad spojeniem łonowem. Rozszczep przechodni niewątpliwie także na przednią część przepony i stąd pochodzi wypadnięcie serca wraz z workiem osierdziowym do jamy brzusznej. Aczkolwiek tego rodzaju wady rozwojowe wydarzają się rzadko (1 na 5000 porodów), piśmiennictwo odnośne jest dość znaczne. Istnieje szereg teoryj, starających się wyjaśnić sposób powstawania tej wady rozwojowej, a więc zrostami z owodnią, opóźnionem oddzielaniem się woreczka żółtkowego i t. d. W danym przypadku najprawdopodobniej nadmierna fizjologiczna przepuklina pępowinowa doprowadziła do tej wady rozwojowej. Wiadomo bowiem, że u zarodków jednocentymetrowych istnieje fizjologiczna przepuklina pępowinowa, która też może być sprawą wyjściową dla niezamknięcia się jamy brzusznej,

c) perlaka III-ciej komory mózgu u mężczyzny 49-letniego, który już w okresie końcowym zgłosił się do szpitala, gdzie też przypuszczano krwiotoczne zapalenie opony twardej; typowy perlak, wielkości jaja kurzego wciskał się do komory bocznej, lewej, powodując wodogłowie wewnętrzne,

d) narządy z przypadku ziarnicy złośliwej od 32-letniego mężczyzny, przypadek o tyle atypowy, że zajęte były przedewszystkiem gruczoły chłonne zaotrzewnowe, miednicze, pachwinowe i udowe, natomiast gruczoły szyjne niezmienione, pachowe zaś w bardzo nieznacznym stopniu.

W dyskusji kol. Goertz omawia część kliniczną, odnośnie do przypadku ziarnicy złośliwej.

Odnośnie do roszczepu powłok jamy brzusznej kol. Węgłowski omawia przepukliny prawidłowe u płodu i uważa przypadek kol. Nowickiego, jako pozostałość po takiej przepuklinie.

Kol. Schram — uważa powyższy przypadek za przepuklinę pępowinową; przypadki nadmiernej wielkości już nie nadają się do operacji.

Kol. Barącz uważa także przypadek demonstrowany przez Kol. Nowickiego jako przepuklinę pępowinową. Kol. Barącz przed przeszło 30 laty spostrzegał i operował taki przypadek a nawet w r. 1899 odstąpił go do kazuistyki kol. Schramowi. Rozchodziło się o noworodka płci męskiej urodzonego przed kilku godzinami. Jako nieprawidłowość rozwojową przedstawiało dziecko 10 cm dług. i 8 cm szeroki brak skóry częściowo pokryty galaretowatem amnion.

Sznurek pępkowy odchodził w górze. Amnion i otrzewna były na kilka cm naddarte, a przez otwór ten wypadły: żołądek, wątroba i znaczna część pętli jelita cienkiego i leżały na brudnej pościeli. Trzewia obmyto ciepłym rozczynem kwasu borowego i w narkozie chloroformowej z wielką trudnością reponowano, worek przepuklinowy resekowano, naczynie pępkowe podwiązano, brzegi skóry odświeżono i z wielką trudnością głębokimi szwami zaszyto. Dziecko jednak zmarło po kilku godzinach.

W związku z przypadkiem perlaka, kol. Pisek omawia swój przypadek.

W odpowiedzi kol. Nowicki zauważa, odnośnie do przemówienia kol. Węgłowskiego, Schrama i Barącza, że celowo nienazwał sprawy u noworodka przepukliną pępowinową, lecz rozszczepem, bo brak jest worka przepuklinowego. Co do próbnego nakłucia gruczołów celem uzyskania rozpoznania, zauważa, że takie nakłucie może się przydać tylko w razie świeżych zmian ziarniczych: w przypadkach zwłóknienia gruczołu, nakłucie jest bezcelowe. W każdym razie pewniejsze rozpoznanie otrzymuje się badaniem gruczołu wyciętego. Do przemówienia kol. Piseka zauważa, że w uchu środkowem, a także miedniczkach, macicy i t. p. lubią się tworzyć niekiedy zmiany podobne do perlaka, są to jednak twory pochodzenia zapalnego.

2. Kol. Gruca przedstawia 1) chorą 25-letnią z *nawykowem zwichnięciem rzepki*. W 14 r. życia poraz pierwszy zwichnięcie na zewnątrz z następowym silnym wysiękiem i kilkutygodniową bolesnością. Od tego czasu zwichnięcie powtarzało się co roku, a później, po jeździe na nartach nawet kilka razy dziennie. Ostatnie zwichnięcie podczas tańca bardzo bolesne miało miejsce z wiosną b. r. Przy badaniu w klinice prócz zupełnego zwiotczenia więzadeł i torebki chorego stawu stwierdzono ciało luźne po zewnętrznym brzegu rzepki — wielkości 1×2 cm — zrośnięte z torebką. Rzepkę można było łatwo przy wyprostowanej kończynie zepchnąć przez kłykieć zewnętrzny na zewnętrzną stronę stawu.

U chorej przeszczepiono (Prof. Schram) mięsień (semitendinosus) półścięgnisty na przyśrodkowy brzeg rzepki — w ten sposób, że ścięgno jego odcięte od kłykcia przyśrodkowego kości piszczelowej przeprowadzono przez kanał przewiercony w płaszczyźnie czołowej przez przyśrodkową połowę rzepki — i zeszyto w pętlę. Równocześnie usunięto półwolne ciało z zewnętrznego brzegu rzepki. Ciało to pochodziło prawdopodobnie z chrząstki odszczepionej z kłykcia zewnętrznego uda. Od czasu operacji chora ani jednego zwichnięcia nie miała. Przy zginaniu rzepka wysuwa się czasem na kłykieć zewnętrzny, ale go nie przeskakuje. Przeszczepiony mięsień wzmocnił się — ruchomość w stawie kolanowym zupełna. Sposób ten jest racjonalniejszym od dotychczas podanych, gdyż 1) zwichnięciu zapobiega nie materjał rozciągliwy i poddający się z czasem, jak przy sposobach Marwedela, Perthesa, Goebla, Ali Krogiusa, Hübschera, Wulstenia, Klappa i innych, 2) zwichnięcie następuje zawsze przy zginaniu kolana, a w tym właśnie czasie przeszczepiony zginacz napina się i czynnie rzepkę wstrzymuje. Zabiegi na szkielecie (osteotomja nadkłykciowa, przeniesienie guzowatości kości piszczelowej z ścięgnem rzepki na przyśrodkową stronę, plastyka kłykcia zewnętrznego uda (Lexer) są ciężkie i mniej pewne.

Zwichnięcie nawykowe rzepki powstaje zawsze na podłożu wrodzonem, polegającem na nadmiernej wiotkości torebki stawowej i niedorozwoju kłykcia zewnętrznego uda. W rodzinie chorej na to samo cierpi ojciec i ciotka.

2) 18-letnią chorą z *operacyjnem usztywnieniem stawu biodrowego*. Chora od ośmiu lat cierpi na gruźlicę biodra — od sześciu lat była leczoną zachowawczo. Cierpienie podgajało się i zaostrzało znowu co pewien czas. Z chwilą przyjęcia na klinikę Roentgen wykazywał zupełne zniszczenie główki, rozszerzenie panewki i sprawę czynną w szyjce. Ruchomość była bardzo znacznie ograniczona, kończyna ustawiona w zgięciu i przywiedzeniu. U chorej przed $4\frac{1}{2}$ miesiącami wykonano operacyjnie pozastawowe usztywnienie stawu — sposobem zbliżonym do sposobu Matheu (cięcie Smith-Petersena, skośne przecięcie krętacza wielkiego u podstawy: odchylenie ku górze, wydłutowanie dwu płytek z kości biodrowej — które obrócone od 90^0 oparły się wolnymi końcami na łożysku krętacza wielkiego — położenie na nie krętacza wielkiego i przybicie razem z płytkami do kości udowej). Obecnie po zdjęciu gipsu kończyna jest zupełnie sztywna — płytki i krętacz idealnie wgojone — chora chodzi bez dolegliwości. Sprawa w szyjce goi się.

Wskazanie do operacyjnego usztywnienia biodra przy gruźlicy stanowi 1) niezupełne zesztywnienie i z powracaniem wadliwej pozycji. 2) Pseudoarthoza śródstawowa bolesna i podatna do nawrotów cierpienia. 3) Gruźlica biodra przewlekająca się. Usztywnienie ustala chory staw i pozwala sprawie zagoić się lepiej niż jakikolwiek inny sposób. Utrata ruchomości o tyle nie wchodzi w rachubę, że gruźlica biodra bardzo rzadko goi się z pozostawieniem ruchomości stawu.

Odnośnie do sprawy, który sposób usztywnienia lepszy śródstawowy (Abbee, Brackett, Farell, Nové, Forserand, Rendu — czy pozastawowy (Kappro, Abbee, Hibb, Hass, Matheu) kol. G. oświadcza się, za ostatnim, gdyż jest dla chorego lżejszym, nie naraża go na nawrót cierpienia i daje o wiele szybciej i łatwiej i pewniej zupełne zesztywnienie.

W dyskusji kol. Schramm omawia przypadek nawykowego zwichnięcia, uważając, że najracjonalniejsze jest przeszczepienie mięśnia.

3. Kol. Graf — omawia *a) sposoby usuwania kamieni pęcherzowych* u 2 chorych. *b) kamicę l. moczowodu* u chorej z wtórnemi zmianami w nerce.

Ad *b)* kol. Laskownicki omawia metodę operacyjną.
4. Kol. Kuhl przedstawia chorego *z gruźlicą płuc i wadą serca.*

XXV Posiedzenie naukowe w dniu 26 października 1928.

Przewodniczy kol. Ziembicki.

Przewodniczący zawiadamia o Zjeździe mikrobiologów, który odbędzie się we Lwowie w dniach 3 i 4 listopada.

1. Kol. Lipiński przedstawia *uzdrowieńca po zapaleniu opon mózgowych na tle zakażenia łańcuszkowcem krwiobójczym.*

W dyskusji kol. Gąsiorowski podnosi, że do zajęcia opon mózgowych doszło prawdopodobnie wtórnie w następstwie pierwotnego zapalenia gardła lub ucha. Mówca podnosi trudność nazywania takich przypadków schorzeniami pierwotnemi. Kol. Sieradzki usprawiedliwia stanowisko obu mówców. Kol. Marischler podnosi korzystny wynik leczniczy.

W odpowiedzi kol. Lipiński usprawiedliwia rozpoznanie pierwotnego zapalenia opon mózgowych z powodu luźnego związku z poprzedniemi schorzeniami.

2. Kol. Pisek wygłasza odczyt p. t.: *300-lecie odkrycia krążenia krwi przez W. Harveya* (rzecz przeznaczona do druku).

Kol. Ziembicki przyłącza notatkę z przed 50 lat ogłoszoną w Przeglądzie lekarskim: *O rocznicy urodzin Harveya.*

3. Kol. Bednarski wygłasza odczyt p. t.: *O starożytności naszych przesądów, leków.*

W dyskusji — kol. Sieradzki omawia głębokość spostrzeżeń ludowych, jaka się mieści nа dnie nieraz pozornych przesądów, zwłaszcza jeżeli chodzi o wpływ miesiączkowania w rolnictwie. Kol. Pisek omawia wpływ pośredni, jaki wywierają stowarzyszenia amer. które zajmują się zamawianiem chorób przez odmawianie modlitw. Kol. Fels mówi o menotoksynie i wpływie potu na rośliny. Wreszcie kol. Bednarski dodaje, że początków medycyny ludowej należy szukać w wysokiej kulturze rodzin kapłańskich i królewskich dawnych stuleci.

XXVI Posiedzenie naukowe w dniu 9 listopada 1928.

Przewodniczy kol. Ziembicki.

1. Kol. Laskownicki omawia *a) przypadek ciała obcego w pęcherzu u kobiety i mężczyzny;* zabieg usunięcia wykonano we wzierniku operacyjnym; *b) metodę usunięcia uchyłka pęcherza moczowego u mężczyzny.*

W dyskusji kol. Oberlaender omawia swój przypadek wrodzonego uchyłka pęcherza.

2. Kol. Gruca przedstawia: *a) przypadek tętniaka tętnicy udowej zewn., prawdopodobnie urazowego pochodzenia.* Zamierzone jest podwiązanie tętnicy powyżej i poniżej guza i ewentualne następowe wyłuszczenie. Niebezpieczeństwo martwicy kończyny jest małe przytem usadowieniu schorzenia i wobec braku już obecnie tętniaka w przedłużeniu tętnicy udowej, wskazującego, że istnieje już wystarczające krążenie uboczne,

b) przypadek operowanej stopy szpotawej. 18-letnia dziewczyna z obustronną stopą płaską pochodzenia krzywiczego. Po jednej stronie wykonano przed 4 miesiącami operację Ogotona — wycięcie klina z kości skokowej i łódkowej zwróconego podstawą ku dołowi i na wewnątrz z wynikiem bardzo dobrym. Dolegliwości ustąpiły i powstało zupełnie prawidłowe sklepienie — nawet odwiedzenie kości piętowej znikło zupełnie.

Omówienie znanych sposobów leczenia operacyjnego ciężkiej stopy płaskiej. Sposób Ogotona zdaniem mówcy jest najprostszy i zupełnie wystarczający.

W dyskusji kol. Barącz podnosi, że podobne przypadki tętniaków najchętniej operowałby metodą Matasa przez wykonanie endoaneuryzmorafji. Kol. Pisek omawia metodę leczenia tętniaków żelatyną. Kol. Ostrowski — omawia wartość niektórych sposobów operacyjnego usuwania tętniaków i przypomina swój pogląd na wpływ tętniaka na pnie nerwowe wzgl. współczulne.

W odpowiedzi kol. Pisekowi kol. Gruca podnosi, że obecnie nie stosuje się wstrzykiwania żelatyny do tętniaków.

Statut Związku lekarzy szkolnych Okręgu Szkolnego Kuratorjum lwowskiego.

§ 1.

Nazwa stowarzyszenia brzmi: „Związek lekarzy szkolnych Okręgu szkolnego Kuratorjum Lwowskiego".

§ 2.

Siedzibą Związku jest miasto Lwów — okręg działania rozciąga się na okręg szkolny Kuratorjum Lwowskiego.

§ 3.

Związek jest zrzeszeniem wszystkich lekarzy szkolnych szkół państwowych i prywatnych, którego celem jest:

a) pogłębienie wiedzy z zakresu higjeny szkolnej przez posiedzenia, referaty, ewent. prace naukowe, urządzanie zjazdów naukowych,

b) uzgodnienie pracy nad dozorem higjenicznym i ulepszenie metod dotychczasowych,

c) obrona interesów zawodowych i godności lekarza szkolnego.

§. 4.

Do wypełnienia tych zadań służą związkowi następujące drogi:

a) rozwijanie działalności oświatowej przez urządzanie zebrań, zjazdów, kursów i konferencyj naukowych, odczytów publicznych, wykładów, wycieczek i innych przedsięwzięć tego rodzaju; zakładanie i prowadzenie bibljotek fachowych, czytelń naukowych, czasopism; wydawanie książek, czasopisma perjodycznego, oraz innych wydawnictw związanych z działalnością Związku,

b) prowadzenie dla swoich członków kursów specjalnych umożliwiających im rozszerzanie wiedzy,

c) utrzymanie łączności z instytucjami podobnemi w kraju i za granicą,

d) organizowanie kasy wzajemnej pomocy, funduszów stypendyjnych na materjalne popieranie członków pracujących w dziedzinie higjeny szkolnej.

§ 5.

Członkiem zwyczajnym Związu może być każdy lekarz szkolny w służbie czynnej, członkiem nadzwyczajnym może być lekarz szkolny w stanie spoczynku lub też byli lekarze szkolni.

§ 6.

Związek składa się z członków honorowych, członków zwyczajnych i nadzwyczajnych.

§ 7.

Na członka zwyczajnego przyjmuje się lekarza szkolnego, na propozycję dwu członków zwyczajnych Związku na posiedzeniu Wydziału i zawiadamia się o tem najbliższe Walne Zgromadzenie.

§ 8.

Członków honorowych mianuje Walne Zgromadzenie na propozycję Wydziału większością $^{3}/_{4}$ głosów obecnych.

§ 9.

Każdy członek zwyczajny i nadzwyczajny płaci wkładkę miesięczną, której wysokość corocznie uchwala na propozycję Wydziału, Walne Zgromadzenie.

§ 10.

Każdy członek Związku ma prawo brać udział w wykładach, odczytach i posiedzeniach Związku, korzystać ze środków i urządzeń naukowych tegoż, jak pracowni, bibljotek, kursów etc. oraz z prenumeraty ulgowej organu Związku. Prawo głosowania, jak również prawo wyboru czynnego i biernego, mają tylko członkowie zwyczajni.

§ 11.

Obowiązkiem wszystkich członków jest popierać cele i zadania Twa. Kto mimo upomnień pisemnych nie płaci wkładek przez 3 miesiące z rzędu, może być uchwałą Walnego Zgromadzenia wykluczony ze Związku, na wniosek skarbnika za uprzednią zgodą Wydziału.

§ 12.

Członek, który dopuścił się czynu niehonorowego, postępowaniem swem ubliżył godności członka Związku lub działał na szkodę Związku, może być przez Wydział zawieszony. Zawieszenie to przedkłada Wydział najbliższemu Walnemu Zgromadzeniu, które głosowaniem tajnem decyduje większością $^{3}/_{4}$ głosów obecnych; aż do tej decyzji członek wykluczony pozostaje zawieszony w swych prawach.

§ 13.

Spory wynikające ze stosunków stowarzyszeniowych między członkami Związku lub Wydziału rozstrzyga w jedynej instancji Sąd Polubowny, do którego każda strona wybiera po jednym sędziu, a ci dobierają sobie przewodniczącego. W razie niezgody na jego wybór rozstrzyga los między kandydatami podanymi przez sędziów. Złożeniem Sądu zajmuje się Przewodniczący Związku lub członek Wydziału przezeń wyznaczony.

Sprawy o prawomocność uchwał lub zarządzeń Związku nie podlegają Sądowi polubownemu lecz Walnemu Zebraniu.

§ 14.

Posiedzenia naukowe odbywają się w dniach przez Wydział wyznaczonych.

§ 15.

Majątek Związku tworzą składki członków, dochody z wykładów publicznych i wydawnictw, książki, zbiory prac członków, oraz inne sumy i przedmioty nabyte drogą kupna lub darowizny. Wszystkie dochody Związku mogą służyć tylko na cele wymienione w § 3 statutu.

§ 16.

Sprawami Związku kieruje Wydział obierany corocznie na Walnem Zgromadzeniu i przed niem odpowiedzialny, a złożony z przewodniczącego, jego zastępcy, sekretarza i skarbnika. Ponadto ma Wydział prawo kooptować do swego grona dalszych członków do szczególnych poruczeń. W razie ustąpienia jednego lub kilku członków wydziału w ciągu roku pozostali kooptują sobie następców. Jeżeli ustąpi naraz trzech lub więcej członków Wydziału, lub gdy ustąpią naraz przewodniczący i sekretarz, wtedy Wydział pozostały zwołuje Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie, celem wyborów uzupełniających, oraz zdania sprawy z czynności przez ustępujących Wydziałowych.

§ 17.

Do zakresu Wydziału należą wszystkie sprawy Walnemu Zebraniu nie zastrzeżone a w szczególności: wykonywanie uchwal Walnego Zgromadzenia, zarząd majątkiem związku, tworzenie nowych Zakładów lub rozszerzanie istniejących wymienionych w § 4, zarząd ogólny Zakładów utrzymywanych przez Związek, przyjmowanie i oddalanie funkcjonarjuszów Związku i wynagradzanie ich w wysokości uchwalonej na Walnem Zebraniu, wreszcie nadzór i kontrola ich czynności. Czynności te załatwia wydział na posiedzeniach zwoływanych przez Przewodniczącego, lub w razie przeszkody przez zastępcę.

Do ważności uchwał potrzeba większości bezwzględnej członków Wydziału. Uchwały zapadają zwykłą większością głosów obecnych na posiedzeniu. W razie równości głosów rozstrzyga przewodniczący. Na żądanie 3 członków Wydziału ma przewodniczący zwołać posiedzenie.

§ 18.

Przewodniczący względnie jego zastępca i sekretarz reprezentują Związek na zewnątrz i podpisują wszelkie pisma i dokumenta imieniem Związku, a zobowiązanie pisemne podpisuje ponadto skarbnik.

§ 19.

Kontrolę nad czynnością Wydziału i zarządem majątku Związku wykonywa z ramienia Walnego Zebrania, Komisja rewizyjna złożona z trzech członków, którzy podpisują wynik kontroli. Komisja rewizyjna ma prawo przeglądania o każdym czasie ksiąg rachunkowych i inwentarzowych prowadzonych przez Wydział, celem stwierdzenia stanu kasy i inwentarza. Komisja ta ma obowiązek sprawdzać bilans roczny Związku, a Walnemu Zebraniu przedłożyć ze swem sprawozdaniem wniosek o udzielenie lub odmówienie absolutorjum Wydziałowi ustępującemu.

§ 20.

We wrześniu corocznie na dni 14-cie przed datą Walnego Zebrania ogłasza Wydział członkom pocztą dzień i miejsce Walnego Zgromadzenia, ustala porządek dzienny obrad tegoż i zaprasza komisję rewizyjną do przeprowadzenia bilansu. Na Walnem Zebraniu zdaje wydział sprawę ze swej działalności i stanu majątku Związku.

Do prawomocności uchwał Zebrania, potrzebna jest obecność trzeciej części członków uprawnionych do głosowania. W razie braku takiego kompletu moc obowiązującą mają uchwały następnego Walnego Zgromadzenia, otwartego w pół godziny po pierwszem bez względu na liczbę obecnych członków. Poza wyjątkiem wymienionym w § 23 uchwały zapadają większością bezwzględną głosów obecnych, w razie równości głosów rozstrzyga przewodniczący.

§ 21.

Do zakresu czynności Walnego Zebrania należy: a) odmawianie lub udzielanie absolutorjum Wydziałowi na wniosek Komisji rewizyjnej,

b) mianowanie członków honorowych na wniosek Wydziału,

c) wybór nowego wydziału,

d) wybór komisji rewizyjnej,

e) załatwianie wniosków wydziału i członków Związku,

f) oznaczanie wysokości wkładek i innych opłat na cele Związku,

g) zmiana statutu i rozwiązanie związku.

Wniosek o zmianę statutu lub rozwiązanie Związku musi wpłynąć pisemnie na ręce przewodniczącego conajmniej na dni 14, inne wnioski 3 dni przed datą Walnego Zebrania.

§ 22.

Nadzwyczajne Walne Zebranie może zwołać Wydział na mocy uchwały własnej a musi je zwołać na żądanie pisemne komisji rewizyjnej, lub trzeciej części członków zwyczajnych. Uchwały zapadają jak w § 20.

§ 23.

Rozwiązanie Związku może nastąpić na mocy uchwały $^3/_4$ wszystkich członków uprawnionych do głosowania. Wniosek o rozwiązanie musi być conajmniej na 14 dni naprzód podany do wiadomości wszystkich członków zwyczajnych i honorowych.

Przy rozwiązaniu Związku majątek przechodzi w zarząd Twa lekarskiego lwowskiego.

§ 24.

Podpisani na statutach stanowią Komitet założycieli, który uprawniony jest — po zatwierdzeniu statutów przez Urząd Wojewódzki — do zwołania walnego zgromadzenia konstytucyjnego celem wyboru organów Twa.

Dr. Adam Jarocki, Dr. Anna Mikiewiczówna, Dr. Stanisław Bühn, Dr. Tomaszewski Józef.

NEKROLOGJA.

Ś. p. JAN KIEŁKIEWICZ.

W lutym 1929 r. chirurgja i urologja polska poniosła dotkliwą stratę — mianowicie dnia 2 lutego po długiej i ciężkiej chorobie zmarł dr. med. Jan Kiełkiewicz, ordynator oddziału chirurgiczno-urologicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Człowiek ten całem swojem pracowitem życiem zasłużył na dobrą pamięć i gorące i nieprzemijające wspomnienie.

Urodzony w 1875 r. w Nieszawie, kształcił się w gimnazjum w Piotrkowie; następnie wstąpiwszy na uniwersytet warszawski, dostaje dyplom lekarski w 1901 r. Bezpośrednio potem pracuje w ciągu jednego roku na oddziale chorób wewnętrznych Dr. Janowskiego. Zamiłowanie i temperament ciągną go jednak nieprzeparcie do chirurgji i oto już w 1902 r. przenosi się na oddział chirurgiczny Dr. Wład. Krajewskiego. Był to, jak wiadomo, jeden z najlepiej postawionych oddziałów chirurgicznych w Warszawie, a zarazem szkoła dla młodych chirurgów, dająca sposobność do rozwinięcia i doskonalenia wrodzonych zdolności. Wyniósł też stamtąd ś. p. Dr. Kiełkiewicz gruntowną znajomość chirurgji oraz zamiłowanie do pracy naukowej; pozostało mu też na całe dalsze życie najlepsze wspomnienie o tej owczesnej pracy. Do osoby Krajewskiego żywił prawdziwy kult — odzywał się o nim zawsze z najwyższą czcią i miłością. Bo też zżyli się ze sobą bardzo, gdyż ś. p. Dr. Kiełkiewicz pracował na oddziale Krajewskiego aż do śmierci swego mistrza, którą bardzo boleśnie odczuł. W ciągu tego czasu był przez 3 lata asystentem eksternem przy szpitalu Dzieciątka Jezus oraz asystentem prywatnym

Krajewskiego w lecznicy. Za namową też Krajewskiego poświęca się ś. p. Dr. K. chirurgji dróg moczowych.

W 1905 r. w ciągu kilku miesięcy zwiedza kliniki w Berlinie i Wiedniu. Lata 1908—1909 spędza w Paryżu na bardzo skrupulatnych studjach w klinice Albarran'a. W końcu 1909 r. powraca na oddział wówczas prowadzony przez Dr. Ciechomskiego, gdzie materjał urologiczny oddany zostaje do jego dyspozycji. Jednocześnie zostaje konsultantem urologiem przy szpitalu Dz. Jezus. Wówczas też zaczyna stosować nabytą wiedzę na tej placówce i wkrótce imponuje otrzymanemi wynikami.

Ogłasza szereg prac z dziedziny operacyjnej urologji, w których stara się spopularyzować nowe metody operacyjne oraz nabyte doświadczenia własne. Tu trzeba przytoczyć prace nad nową podówczas operacją prostatektomji nadłonowej, nad zabiegami wytwórczemi pęcherza moczowego przy wynicowaniu tegoż, wreszcie nad również nowemi wówczas operacjami na miedniczce nerkowej (Pyelotomia).

Wojna przerywa jego pracę w tej specjalnej dziedzinie chirurgji urologicznej. Zostaje ordynatorem szpitala głównego w Modlinie i niebawem dostaje się do niewoli niemieckiej. Okupanci jednak, potrzebując wykwalifikowanych chirurgów, pozostawiają Go w Modlinie na stanowisku kierownika wielkiego szpitala chirurgicznego, gdzie pracuje do 1917 r. Powraca później do Warszawy i pracuje znowu na oddziale Dr. Ciechomskiego. W 1920 r. po ustąpieniu prof. Leśniowskiego zostaje ordynatorem oddz. chirurg.-urologicznego w szpit. Św. Ducha, a w krótce potem po przeniesieniu tegoż oddziału w szpit. Przemienienia Pańskiego. Na tej placówce pozostał już do śmierci i tu miał sposobność do rozwinięcia całego zasobu żywotności umysłu, energji i temperamentu chirurgicznego. Tutaj pracuje z całym zapałem nad najnowszemi zagadnieniami i ulepszeniem techniki w dziedzinie chirurgji urologicznej. Ulepszył i uprościł technikę wykonywania prostatektomji, sprowadzając ten zabieg do rekordowej cyfry kilkuminutowej operacji (Technika operacyjna prostatect. P. G. L. 1922, Nr. 3). Znaczną pracę włożył w wprowadzenie pyelografji, jako koniecznej metody badania szczególniej w cierpieniach nowotworowych nerek. (Rozpoznawanie nowotworów nerki z szczególnem uwzględnieniem pyelografji. Ks. pam. XII Zjazdu Chir. Pol. 1925 r.). Zastosowanie przez Niego w tym celu pyelografji wyprzedziło prace znanych urologów paryskich. Wreszcie b. poważne wyniki dały prace nad gruźlicą dróg moczowych. W szeregu prac i odczytów popularyzował wiedzę o konserwatywnych zabiegach chirurgicznych w gruźlicy dróg nasiennych (Leczenie chirurg. gruźlicy narządów płciowych u mężczyzn. P. G. L. 1925 rok), oraz o leczeniu chirurgicznem gruźlicy nerek (wykłady na kursie dopełniającym dla lekarzy). Pozatem trudno zliczyć te wszystkie demonstracje kliniczne czy to na posiedzeniach klinicznych w szpitalu Przemienia Pańskiego, czy też w Towarzystwie Chirurgów, lub w Warsz. Tow. Lek., których to towarzystw Zmarły był gorliwym i czynnym członkiem. (Warsz. Tow. Lek. od 1907 r., Tow. Chirurgów od założenia). Również postępem wiedzy urologicznej za granicą, a szczególniej we Francji interesował się ś. p. Dr. K. bardzo. Starał się regularnie bywać na zjazdach chirurgicznych i urologicznych w Paryżu, dokąd Go też ciągnął sentyment odbytych studjów. Od 1926 r. był członkiem międzynarodowego Tow. Urologicznego.

Niewątpliwie ś. p. Dr. Kiełkiewicz był jednym z czołowych urologów polskich. Znany był w całym kraju i uznany jako taki przez wszystkich niemal lekarzy i szerokie sfery publiczności. Duże zasługi położył na polu popularyzacji wiedzy urologicznej wśród lekarzy polskich i bardzo duże miał przed sobą możliwości. Zabiegał i gotował się do wydatnego powiększenia oddziału, co wzmogłoby jeszcze zasięg Jego czynu lekarskiego. Niestety, nieobliczalna choroba i niespodziewana śmierć przecięła to obiecujące życie w największym pędzie twórczości i ekspansji. Cześć Jego pamięci!

Ogłosił drukiem następujące prace:

1. Przypadek ropniaka nerki. Przeglad chirurgiczny 1910 r. T. II.

2. Przypadek przerostu gruczołu krokowego, operowany sposobem Freyer'a. P. Przegl. Chirur. 1910. T. II.

3. Sączek Freyer'a, używany przy prostatectomji nadłonowej. P. Przegl. Chir. 1910. T. II.

4. Przypadek wczesnej gruźlicy nerki. Polski Przegląd Chir. T. IV, zesz. II.

5. W sprawie operacyjnego leczenia gruźlicy dróg nasiennych (odczyt). Polski Przegląd Chir. 1912. T. VII.

6. Wynicowanie pęcherza moczowego. Wytworzenie nowego pęcherza i cewki. Pol. Przegl. Chir. 1913, T. VIII, zesz. II.

7. Dwa przypadki wczesnej gruźlicy nerek. Pol. Przegląd Chir. 1913. T. VIII.

8. Przypadek kamienia w miedniczce nerkowej, usuniętego drogą cięcia miedniczki. Pol. Przegl. Chir. 1913. T. IX.

9. Przypadek kamienia miedniczki nerkowej. Pol. Przegl. Chir. T. IX, zesz. II, 1913 r.

10. Przypadek gruźlicy nerki z dwoma moczowodami. Polski Przegl. Chir. 1914, T. XI, z. I.

11. Technika operacyjna prostatectomji. Pol. Gaz. Lek. 1922, Nr. 3.

12. Przypadki nephritis dolorosa et nephritis haematurica. Pol. Gaz. Lek. Nr. 49, 1922.

13. Leczenie chirurgiczne gruźlicy narządów płciowych u mężczyzn. Pol. Gaz. Lek. 1925, Nr. 99.

14. Rozpoznawanie nowotworów nerki ze szczególnem uwzględnieniem pyelografji. Księga pamiątkowa XII Zjazdu Chirurgów Polskich 1925 r.

15. Gruźlica narządu moczowo-płciowego u mężczyzn. „Gruźlica i jej zwalczanie" wykłady, wygłoszone na pierwszym kursie uzupełniającym dla lekarzy 1927 oraz w Warsz. Tow. Lekarskiem.

W. Lilpop.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, iż na posiedzeniu wyborczem dnia 22 stycznia b. r., wybrano: na Prezesa — Dra Kazimierza Zielińskiego (ponownie); na Wiceprezesa — prof. Dra Ludwika Paszkiewicza; na Sekretarza dorocznego — Dra Jana Trzebińskiego; na członka Zarządu — Dra Marjana Ryłkę. Pozostały skład Zarządu — bez zmiany.

Sekretarz stały: *Prof. Dr. A. Gluziński.*

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszybszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszów do uzdrowisk swojskich zamiast do obcych ,urządza wzorem 3-ch lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w lutym, marcu i kwietniu r. b. serję odczytów z dziedziny balneoterapji i klimatoterapji polskiej.

Odczyty te sa bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych.

W piątek 8 marca, godz. 20'30 Dr. med. Władysław Podsoński. (Lwów—Lubień Wielki). Lubień Wielki zdrój siarczany i znaczenie siarki w organiźmie.

Dr. Helena Sparrow została mianowana docentem bakterjologji na wydz. lek. Uniw. Warsz., dr. Janusz Wiktor Supniewski docentem farmakologji doświad. na wydz. lek. Uniw. Warsz.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej zawiadamia, że Zwyczajne Zgromadzenie Rady Izby odbędzie się w dniu 24 marca (niedziela) 1929 r. o godz. 11 w sali Warszawskiego Tow. Higjenicznego, przy ul. Karowej Nr. 31. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołów Rady z dnia 20 maja 1928 r. i z dnia 30 grudnia 1928 r. 2) Sprawozdanie Zarządu, Komisji Kasy Pogrzebowej i Sądu za rok 1928. 3) Sprawozdanie z dotychczasowej działalności Zarządu w roku 1929. 4) Preliminarz Budżetowy za rok 1929 i wnioski budżetowe Zarzadu. 5) Uwzględnienie rezygnacyi Rady, Zarządu i Sądu.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. VII Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 8 marca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) kol. Doc. A. Gruca: Przypadek porażenia obu kończyn dolnych (pokaz); 2) kol. Doc. A. Gruca: Przypadek złamania szyjki kości udowej (pokaz); 3) kol. Prof. W. Nowicki: Pokazy anatomo-patologiczne; 4) kol. A. Chwalibogowski i H. Szusterówna: O hepatosplenomegalji Niemann-Picka (wykład).

W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Fels, Progulski, Stella, Nowicki, Elmer.

Poznań.

Do wszystkich pp. lekarzy i zarządów instytucyj sanitarnych. „Koło medyków", studentów Uniwersytetu Poznańskiego zwraca się do wszystkich Lekarzy i Zarządów Instytucyj Społecznych z prośbą o przyjmowanie podczas wakacyj uniwersyteckich (od 1. V. do 1. X.) koleżanek i kolegów z semestrów klinicznych oraz absolwentów na odpowiednie posady do pomocy lekarzy, pracy w szpitalach, sanatorjach, pracowniach klinicznych lub chemicznych, instytucjach sanitarnych, przedsiębiorstwach farmaceutycznych i t. d.

Wyżej wymienione zajęcia umożliwią studentom medycyny pracę związaną z wykształceniem fachowem i dadzą sposobność nabycia pod doświadczonem kierownictwem niezbędnego dla lekarza wykształcenia praktycznego.

Dużo koleżanek i kolegów z wymienionych semestrów pracowało już w klinikach uniwersyteckich, krajowych lub prywatnych i obeznani są zpraktyką lekarską.

Prosimy uprzejmie o nadesłanie zgłoszeń z podaniem warunków przyjęcia kandydatów, również ew . życzeń co do specjalności (chirurgja, ginekologja, pedjatrja, laryngologja i otjatrja, choroby wewnętrzne, nerwowe i psychjatrja, skórne i weneryczne, oczne i t. d.).

W razie niereflektowania na pomoc koleżanek i kolegów w czasie letnim, prosimy również o łaskawe zawiadomienie każdorazowego zapotrzebowania w ciągu roku ewentualnych zastępstw i posad pod adresem:

„Koło Medyków" Sekcja Pomocy Materjalnej, Poznań, Wały Leszczyńskiego 6, dom Medyków. Za Sekcję Pom. Materjalnej: (—) T. Kuźniewski. Za Zarząd: (—) R. Boesche.

Dziekanat Wydziału Lekarskiego U. P. i Zarząd Związku Lekarzy Z .P. gorąco popierają akcję studentów medycyny.

Z kraju.

Składanie zeznań o dochodzie. Ogłoszono rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 24 stycznia w sprawie przesunięcia na rok podatkowy 1929 terminu do składania zeznań o dochdzie z art. 50 ustawy o państwowym podatku dochodowym. Termin do składania przez osoby fizyczne i spadki wakujące (nieobjęte) zeznań o dochdzie, wyznaczony w art. 50 ustawy o państwowym podatku dochodowym (Dz. U. R. P. z r. 1925 Nr. 58, poz. 411) przesuwa się na rok podatkowy 1929 z dnia 1 marca na dzień 1 maja 1929 r.

Ze świata.

V Międzynarodowa Konferencja Zrzeszenia Nowego Wychowania (New Education Fellowship) odbędzie się w dniach od 8—12 sierpnia 1929 r. w Helsingör (Danja). Ostatnie obrady tego rodzaju, które zgromadziły około 1200 wychowawców, toczyły się w Locarno przed dwoma laty. Na konferencji będzie przemawiał szereg znakomitości wychowawczych całego świata, między innymi: Miss Helen Parkhurst (Stany Zj.), dr. O. Decroly (Uniw. Brukselski), dr. Adolphe Ferrière i inni. Poza wykładami będą prowadzone dyskusje i kursy pod kierownictwem znanych wychowawców. Między innemi będą omawiane następujące tematy: „Psychologja nowego wychowania", „Technika nauczania", „Badania nad rozkładem zajęć", „Metoda Delcroly'ego", „System daltoński", „Dziecko a religja", „Nowoczesne szkoły podczas pracy", „Wychowanie rodzicielskie i dziecko w domu". Komitet, chcąc uprzyjemnić uczestnikom pobyt, będzie urządzał liczne wycieczki w piękne okolicy, otaczające miejscowość Helsingör. Do Komitetu organizacyjnego należy z Polaków p. Radlińska, (Warszawa, Śniadeckich Nr. 8).

Zmarli.

Dr. Władysław Jarecki, dyrektor Instytutu głuchoniemych i ociemniałych w Warszawie, członek Zarządu Głównego Związku Lekarzy R. P., prezes Towarzystwa głuchoniemych i ociemniałych, członek Zarządu Towarzystwa „Latarnia" i Zjednoczenia pracowników niewidomych, oraz prezes Koła Szkolnego przy Instytucie głuchoniemych. Wielce zasłużony, pożyteczny i energiczny pracownik na każdem polu działalności, cieszył się uznaniem i poważaniem podwładnych i kolegów, oraz czułością dziatwy. Zmarł w Warszawie dnia 1 marca b. r.w wieku lat 50.

Dr. Wincenty Bogucki. Dnia 24 stycznia b. r. zmarł w 57 roku życia Dr. medycyny Wincenty Bogucki, wiceprezydent m. st. Warszawy, b. naczelnik Wydziału zdrowia publicznego Magistratu, b. prezydent m. Odesy, b. wiceminister spraw wewnętrznych w gabinecie Kiereńskiego w Piotrogrodzie; do resortu tego wiceministra należały departament medycyny i weterynarji. Cześć Ich pamięci!

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonym w numerze 9-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronie 171 spisie wykładów, jakie się odbyły na Pierwszym Kursie Instrukcyjnym dla działaczy i pracowników komisyj i zarządów uzdrowiskowych, w wierszu 15 od dołu zamiast S. Weil ma być Ignacy Dębicki.

W ogłoszonej w nr. 8-ym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. pracy A. Landaua i J. Glassa p. t. „Spostrzeżenia nad powstawaniem i leczeniem wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy. Doniesienie I." — zaszły następujące omyłki druku:

1) Na str. 137, szpalta pierwsza, wiersz 7 od dołu — zamiast „zaciśniętych" winno być „zaciśnięcia".

2) Na tejże stronicy, szpalta druga, wiersz 26-y od dołu, po słowie „wreszcie" wypuszczono nazwisko „Udaondo".

3) Na str. 139, szpalta druga, wiersz 30-y od góry, zamiast „hipotemji" winno być „hipotensji".

4) Na tejże szpalcie, wiersz 13-y od dołu, zamiast „Ferrarini", winno być „Ferranini".

5) Na tejże szpalcie, wiersz 2-gi od dołu, po słowach „wyczerpywanie się" opuszczono słowa „i męczenie się tych chorych".

6) Na str. 140, szpalta pierwsza. wiersz 8-y od góry, opuszczono słowa „tyczącemi się".

7) Na tejże szpalcie, wiersz 23-y od góry, zamiast słowa „współczulnego" — winno być „roślinnego".

8) Na tejże szpalcie, wiersz 32-y od dołu, po słowie „tak" opuszczono słowo „jak".

9) Na tejże szpalcie, wiersz 8-y od dołu, zamiast „Bierach", winno być „Pierach".

10) Na str. 140, szpalta druga, wiersz 30-y od góry, zamiast „naczynio - odruchowe" winno być „naczynio - ruchowe".

W numerze 7-mym Polskiej Gazety Lekarskiej z roku bieżącego na przedniej stronie okładki w spisie rzeczy numeru ma być w wierszu 5-ym tekstu tak polskiego jak i francuskiego poprawione nazwisko autora pracy na Liebesmann.

Redakcja otrzymała:

St. Sterling-Okuniewski: „Sur l'importance que présente la découverte du virus tuberculex filtrant pour la phtisiologie". Odb. z „Lyon médical" nr. 48 i 49 z r. 1928.

St. Sterling-Okuniewski i M. Rosnowski: „Przyczynek do epidemjologji i kliniki włośnicy. Spostrzeżenia z ostatniej epidemji". Odb. z „Lekarza wojskowego" nr. 4. tom XII, r. 1928.

Dr. P. Slonimski: „Les thrombocytes contiennes-ils de l'hémoglobine". Extrait des Comptes Rendus de l'Association des Anatomistes. Prague (2—4 avril 1928).

P. Słonimski: XXIII Zjazd „l'Association des Anatomistes" w Pradze. Odb. z Warsz. Czas. lek. z dnia 10 maja 1928.

P. Słonimski: „O architektonice kory mózgowej". Odb. z Wszechświata. nr. 10. 1928 r.

Okólniki i pisma okólne Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń we Lwowie za 1927 r. Bibljoteki Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie. Tom XV. Kraków 1928.

J. Zaremba: „Technika zakładania opatrunków gipsowych". Bibjloteka Okr. Związku Kas chorych w Krakowie. Tom XVI, Kraków 1929.

Sprawozdanie Zarządu Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie za 1927 rok. Kraków 1928. Nakład własny.

Babomeix, Benda, Léon Binet, F. Bordet, Casteux, Courcoux, Descomps, H. Durand, Lemierre, Lian, Mignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Rousseau, Sergent, Clément Simon, Turpin: „Questions cliniques d'actualite". Leçons professées a la Charité Service du Professeur Sergent. Masson et Cie Paris. 1929.

Jules Janet: „Diagnostic et traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme". Masson et Cie — Paris 1929.

Polski Kalendarz Lekarski na rok 1929, nakładem Księgarni Nowości we Lwowie 1929.

Karol Jonscher: „Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych". Wydawnictwo: Medycyna w monografjach, wykładach klinicznych i poglądowych pracach naukowych. Zeszyt VIII, Warszawa 1928 r.

Kalendarz przeciwgruźliczy na rok 1929, wydany nakładem Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie.